

INTERVENCIONISME OBSTÈTRIC I ALTRES FACTORS ASSOCIATS A LA SATISFACCIÓ MATERNA EN EL PART

Marta Roqueta Vall-llosera

Per citar o enllaçar aquest document:

Para citar o enlazar este documento:

Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/675570>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



TESI DOCTORAL

**INTERVENCIONISME OBSTÈTRIC I ALTRES FACTORS ASSOCIATS A LA
SATISFACCIÓ MATERNA EN EL PART**

Marta Roqueta Vall-Ilosera

ANY 2022



TESI DOCTORAL

**INTERVENCIONISME OBSTÈTRIC I ALTRES FACTORS ASSOCIATS A LA
SATISFACCIÓ MATERNA EN EL PART**

Marta Roqueta Vall-Ilosera

Programa de doctorat Biologia Molecular, Biomedicina i Salut

Línia d'investigació Salut i Atenció Sanitària

Dirigida per:

Dra. Concepció Fuentes Pumarola i Dr. David Ballester Ferrando

Tutoritzada per:

Dr. David Ballester Ferrando

ANY 2022

Memòria presentada para optar al títol de doctora per la Universitat de Girona.



La Dra. Concepció Fuentes Pumarola i el Dr. David Ballester Ferrando, professors del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona,

DECLAREM:

Que el treball titulat **“Intervencionisme obstètric i altres factors associats a la satisfacció materna en el part ”**, que presenta la Sra. Marta Roqueta Vall-Ilosera per l'obtenció del títol de doctora, ha estat realitzat sota la seva direcció.

I perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signem aquest document.

Dra. Concepció Fuentes Pumarola

Dr. David Ballester Ferrando

Girona, 29 d'Abril del 2022

**“Als meus dos amors, l’Aniol i en Grau,
que em motiven per viure cada dia de manera apassionada.”**

**“Als meus pares Rosa i Isidre, i al meu germà Martí.
Els m’ha ensenyat a ser una lluitadora i no rendir-me mai.”**

**“A tota al meva família política, per la seva ajuda i suport incondicional,
sense ells no tindria l’ambició de créixer i millorar dia a dia.”**

**“A totes les professionals que cada dia fan del part una experiència positiva i ben recordada per
tantes famílies. Gràcies per fer-ho amb tanta passió i gràcies per seguir millorant.”**

AGRAÏMENTS

Després de 3 llargs anys escric aquests agraïments per totes aquelles persones que m'han ajudat a finalitzar el treball de tesi doctoral. L'aprenentatge a nivell personal i professional durant aquests anys ha estat intens i molt profitós. La realització d'aquest treball ha estat laboriosa però també ha estat una dedicació que he fet amb passió ja que he tractat un tema que m'interessa molt.

En primer lloc, agrair a tots els participats a l'estudi la seva implicació en millorar l'atenció de les dones i les seves famílies. Sense la seva participació l'estudi no tindria sentit.

En segon lloc, m'agradaria agrair als meus companys i companyes de la planta de maternitat i sala de parts per participar, donar-me suport, ajuda i forces. Sense vosaltres tota aquesta feina no hauria estat possible. M'agradaria fer una menció especial a les meves companyes de la Universitat, pels seus consells i suport rebut sempre que ho he necessitat, a més d'animar-me a seguir en moments durs.

Especialment agrair als meus directors de tesi la Dra. C. Fuentes Pumarola i el Dr. D. Ballester Ferrando la seva ajuda, suport i consells. Les tutories i el suport han servit de molt per elaborar aquest treball de manera satisfactòria.

Finalment, agrair a la meva parella i la meva família, el suport incondicional que m'han proporcionat. Gràcies per la vostra comprensió durant aquests anys i per donar-me ànims quan els necessitava.

Moltes gràcies a tots.

Marta Roqueta Vall-Ilosera

Girona, 29 d'Abril del 2022.

ABREVIATURES

AAQ: Acceptance and Action Questionnaire

BCSQ: Birth Companion Support Questionnaire

BSS-R: Birth Satisfaction Scale Revised

CEQ: Childbirth Experience Questionnaire

CPP: Contacte Pell a Pell

CEQ-CP: Domini de Capacitat Personal al CEQ

CEQ-P: Domini de Participació al CEQ

CEQ-S: Domini de Seguretat al CEQ

CEQ-SP: Domini de Suport Professional al CEQ

CLC: Consultant Led Care

CLU: Consultant Led C

DASS-21: Depression Anxiety Stress Scale

DU: Dinàmica Uterina (contraccions)

EV: via d'administració Endovenosa

LLIR: Llevadora Interina Resident

LM: Lactància Materna/Alletament Matern

MAPS: Multidimension Parenting Assesment Sacale

MCSRS: Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale

MIR: Metge Interé Resident

MIRI: Maternal Infant Responsiveness Instrument

MLU: Midwifery Led Unit

MLC: Midwife Led Care

NCT: National Childbirth Trust

NICE: National Institute of Health and Care Excellence

OMS: Organització Mundial de la Salut

PCEA: Patient Control Epidural Analgesia

QACE: Questionnaire Assessing Childbirth Experience

RCM: Royal College of Midwives

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynecologists

SG: Setmanes de Gestació

TCC: Tracció Controlada de Cordó

UCIN: Unitat Cures Intensives Neonatal

WOMBLSQ: Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1.	Model neuro-psicosocial integrat del part.....	11
Figura 2.	Criteris per la categorització de risc d'embaràs.....	17
Figura 3.	Cascada d'Intervencions Obstètriques.	19
Figura 4.	Recomanacions de la OMS per una Experiència de Part Positiva.	22
Figura 5.	Model Conceptual de Qualitat Assistencial a la Maternitat.	30
Figura 6.	Edat materna segons la categorització de risc d'embaràs.	76
Figura 7.	Edat materna segons paritat.....	77
Figura 8.	Paritat segons origen matern.....	78
Figura 9.	Paritat segons nivell d'estudis matern.....	80
Figura 10.	Relació de la satisfacció materna en funció del tipus de part, l'inici del part, l'ingrés del nadó a laUCIN i el valor del test d'Apgar als 5 minuts de vida.	101
Figura 11.	Relació de la sensació de seguretat materna en funció del tipus de part, l'inici del part, l'ingrés del nadó a la UCIN i el valor del test d'Apgar als 5 minuts de vida.	102
Figura 12.	Relació de la sensació de capacitat personal materna en funció del tipus de part, l'inici del part, l'edat gestacional del nadó al moment del part, la utilització d'hidroteràpia, el valor del test d'Apgar als 5 minuts de vida i la situació d'ocupació materna.	106
Figura 13.	Relació de la sensació de participació materna en funció de l'inici del part, l'edat gestacional del nadó al moment del part, l'ingrés del nadó a la UCIN, la utilització de termoteràpia, el professional d'atenció a l'expulsiu i l'origen matern.	107

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1.	Ítems CEQ agrupats per dominis.....	53
Taula 2.	Característiques Sociodemogràfiques de les dones	57
Taula 3.	Característiques Clínicas de les dones i nadó I	59
Taula 4.	Característiques Clínicas de les dones II	60
Taula 5.	Característiques de les intervencions de part segons el nivell d'intervencionisme realitzat	61
Taula 6.	Variables clíniques segons categorització del risc de l'embaràs.....	63
Taula 7.	Variables clíniques segons tipus de part	64
Taula 8.	Variables clíniques segons professional en la fase d'expulsiu	65
Taula 9.	Variables clíniques segons tipus inici de part.....	66
Taula 10.	Variables clíniques segons utilització d'oxitocina intrapart	67
Taula 11.	Variables clíniques segons paritat.....	68
Taula 12.	Variables clíniques segons ingrés UCIN.....	69
Taula 13.	Variables clíniques segons valor del Test d'Apgar als 5 minuts de vida	70
Taula 14.	Variables clíniques segons tipus d'analgèsia.....	73
Taula 15.	Variables clíniques segons utilització Analgèsia Epidural	75
Taula 16.	Variables clíniques segons assistència a classes de preparació al naixement	79
Taula 17.	Variables de satisfacció materna	81
Taula 18.	Nivell de Satisfacció Ítems CEQ.....	82
Taula 19.	Nivell de satisfacció CEQ puntuació Escala de Likert	84
Taula 20.	Nivell de satisfacció segons les variables sociodemogràfiques II.....	86
Taula 21.	Nivell de satisfacció segons les variables sociodemogràfiques II.....	87
Taula 22.	Nivell de satisfacció segons les variables clíniques I	93
Taula 23.	Nivell de satisfacció segons les variables clíniques II	94
Taula 24.	Nivell de satisfacció segons les variables clíniques III	95
Taula 25.	Variables clíniques segons nivell de dolor, seguretat i control en escala VAS.....	97
Taula 26.	Nivell de Satisfacció Ítems CEQ segons tipus d'analgèsia utilitzada	98
Taula 27.	Variables clíniques segons nivell de dolor, seguretat i control en l'escala VAS.....	99
Taula 28.	Nivell de satisfacció segons variable nombre d'intervencions	100
Taula 29.	Resum Model Multivariant Nivell Satisfacció CEQ	100
Taula 30.	Resum Model Multivariant Nivell Satisfacció Domini Seguretat CEQ	102
Taula 31.	Resultats Multivariants Nivell Satisfacció Domini Suport Professional CEQ de les característiques Sociodemogràfiques	103

Taula 32.	Resultats Multivariants Nivell Satisfacció Domini Suport Professional CEQ de les característiques Clíniques	104
Taula 33.	Resum Model Multivariant Nivell Satisfacció Domini Capacitat Personal CEQ.....	105
Taula 34.	Resum Model Multivariant Nivell Satisfacció Domini Participació CEQ	107

ÍNDEX GENERAL

RESUM	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓ GENERAL	7
1.1. Fisiologia del part i definició del part de mínima intervenció	9
1.2.1. Desenvolupament de les fases del part: model neuro-psicosocial d'Olza et al.	10
1.2. L'intervencionisme obstètric i les barreres per la satisfacció materna	14
1.2.1 Definició i classificació del risc obstètric.....	15
1.2.2. La cascada d'intervenció obstètrica <i>versus</i> la pràctica basada en l'evidència	18
1.2.3. Indicadors d'intervenció obstètrica i recomanacions associades a la pràctica basada en l'evidència	21
1.3. Satisfacció materna relacionada amb el procés de part i els seus determinants.....	29
1.3.1. Determinants d'estructura	31
1.3.2. Determinants del procés d'atenció.....	33
1.3.3. Determinants dels resultats de l'atenció	37
1.4. Avaluació de la satisfacció materna: Qüestionaris validats	39
1.4.1. Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)	39
1.4.2. Birth Companion Support Questionnaire (BCSQ)	39
1.4.3. Birth Satisfaction Scale Revised(BSS-R).....	40
1.4.4. Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ)	40
1.4.5. Questionnaire Assessing Childbirth Experience (QACE)	42
1.4.6. Childbirth Experience Questionnaire (ceq).....	42
2. HIPÒTESI I OBJECTIUS	43
3. METODOLOGIA	45
3. 1. Disseny de l'estudi	46
3. 2. Àmbit d'estudi.....	46
3.3. Població.....	46
3.4. Criteris Inclusió i Exclusió	46
3.5. Mostra	47
3.6 Procediment de mostreig	47
3.7. Variables estudiades	47
3.8. Instruments.....	51
3.9. Procediment.....	54
3.10. Anàlisi de dades	54
3.11. Aspectes ètics.....	54
4. RESULTATS	55
4.1. Característiques sociodemogràfiques de les participants	56
4.2. Característiques clíniques relacionades amb l'atenció i l'intervencionisme del part	58
4.3. Relació de les característiques sociodemogràfiques de les dones amb les característiques clíniques d'atenció al part.....	76
4.4. Satisfacció de les dones en el procés de part	80

4.5. Característiques sociodemogràfiques i nivell de satisfacció de les dones	85
4.6. Relació de les característiques clíniques i l'intervencionisme intrapart amb el nivell de satisfacció de les dones	88
4.7. Variables predictores de la satisfacció de les dones en el procés de part.	100
5. DISCUSSIÓ.....	109
5.1. Descripció de les característiques sociodemogràfiques de la població	110
5.2. Descripció i relació de les característiques clíniques de l'assistència al part	113
5.3. Relació de les característiques sociodemogràfiques de les dones amb les característiques clíniques d'atenció al part.....	124
5.4. Característiques de la satisfacció materna segons el nivell de satisfacció, percepció de seguretat, sensació de control, capacitat personal i participació durant l'assistència al part	126
5.5. Relació de les característiques sociodemogràfiques amb el nivell de satisfacció de les dones.....	130
5.6. Relació de les característiques clíniques i la intervenció intrapart amb el nivell de satisfacció de les dones	130
5.7. Variables predictores de la satisfacció i els seus dominis.	136
5.8. Limitacions i aportacions més importants.....	139
5.9. Futures línies de recerca	140
6. CONCLUSIONS.....	141
7. BIBLIOGRAFIA	145
8. ANNEXOS	165
Annex I: Qüestionari Adhoc	166
Annex II: Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)- Espanyol.....	169
Annex III: Graella Variables Clíniques	169
ANNEX IV: Consentiment Informat Català	176
Annex V: Consentiment Informat Castellà	177
Annex VI: Carta Informativa de Participació a l'estudi (català).....	178
Annex VII: Carta Informativa de Participación en el estudio (castellà).....	180
Annex VIII: Resolució CEIC	182

RESUM

Introducció: Les últimes recomanacions de L'Organització Mundial de la Salut van encaminades a promoure una experiència de part positiva. El part, és un acte fisiològic, on el respecte pel progrés natural del part amb la mínima intervenció s'ha relacionat amb una alta satisfacció materna, a més de millorar el benestar psicològic de la dona i l'establiment del vincle efectiu. Tanmateix, en els últims anys s'ha produït un increment de l'intervencionisme intrapart, el que s'anomena la cascada d'intervenció obstètrica, la qual consisteix en la combinació d'intervencions que no sempre estan justificades, i malauradament incrementen el risc de patir un part distòcic i impacten negativament sobre la satisfacció materna. En conseqüència, conèixer la satisfacció materna lligada a l'intervencionisme és essencial per millorar els processos assistencials i identificar els factors predictors de la satisfacció materna.

Objectiu: Analitzar la satisfacció de les dones segons les variables sociodemogràfiques, les variables clíniques relacionades amb l'assistència al part i l'intervencionisme, i identificar els predictors d'aquesta satisfacció.

Metodologia: Estudi descriptiu i transversal realitzat al servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona des del Abril del 2017 fins el Setembre del 2018. Es va realitzar un càlcul mostral no probabilístic consecutiu. La recollida de dades es realitzà mitjançant un qüestionari autoadministrat que incloïa un qüestionari Adhoc per recollir les dades sociodemogràfiques i clíniques, i el qüestionari *Childbirth Experience Questionnaire* versió castellana que mesura la satisfacció materna associada al treball de part, i que inclou a més les variables de percepció de capacitat personal, seguretat, participació i suport professional. Es va realitzar una anàlisi descriptiva de les variables sociodemogràfiques, clíniques i de satisfacció materna. Es realitzaren proves paramètriques i no paramètriques per l'anàlisi bivariant. L'associació de les variables estudiades i la satisfacció i els seus dominis es va determinar mitjançant models regressió lineal múltiple. Els nivells de significança acceptats varen ser de $p \leq 0,05$.

Resultats: La mostra va estar formada per 301 dones participants, amb una mitjana d'edat de 32,57 (DS:5,47) anys i amb un total de 213 parts eutòcics (70,8%) i 88 parts distòcics (29,2%). L'edat avançada s'ha relacionat amb les gestacions d'alt risc (8,3%; $n=25$) ($p \leq 0,01$). Referent al nivell d'intervencionisme intrapart, un total de 250 dones (83%) han rebut alguna intervenció obstètrica durant el treball de part, de les quals un 12% ($n=36$) han resultat amb una cesària itinerant o un part instrumentat. La combinació d'intervencions més utilitzada ha estat l'administració d'analgèsia epidural amb oxitocina (88,0%; $n=88$), utilitzada en un 29,2% del total de parts. Les cesàries itinerants

s’han relacionat significativament amb els embarassos categoritzats d’alt risc (n=24; 14,4% versus n=5; 3,7%)($p \leq 0,01$). Les llevadores atenen majoritàriament parts naturals (n=61; 37,9%) o vaginals amb epidural (n=100; 62,1%)($p \leq 0,01$), a terme (n=150; 93,2%)($p \leq 0,01$), d’inici espontani (n=121; 75,2%)($p \leq 0,01$). El nivell de satisfacció de les dones del part va ser de 3,18 (DS: 0,42), i la puntuació dels dominis ha estat la següent: suport professional 3,79 (DS:0,43), seguretat percebuda (3,23; DS: 0,56), participació (3,04; DS:0,87) i capacitat personal (2,8; DS:0,57). La satisfacció ($r=-0,249$; $p \leq 0,001$), la capacitat personal ($r=-0,225$; $p \leq 0,001$), la percepció de seguretat ($r=-0,291$; $p \leq 0,001$) i la participació ($r=-0,150$; $p \leq 0,001$), es correlacionen de manera negativa amb el nombre d’intervencions realitzades intrapart. S’ha observat una relació inversa entre els parts induïts i distòcics amb la satisfacció ($\beta_1 = -0,18$; $\beta_2 = -0,20$; $p \leq 0,001$), la seguretat ($\beta_1 = -0,27$; $\beta_2 = -0,31$; $p \leq 0,001$) i la capacitat personal ($\beta_1 = -0,16$; $\beta_2 = -0,24$; $p \leq 0,001$). Les mesures d’analgèsia combinada s’han relacionat amb major satisfacció [Mediana:2,90 (RiQ:2,50-3,13)] ($p \leq 0,01$), mentre que utilitzar mesures d’analgèsia farmacològica com l’analgèsia epidural s’ha associat a menor satisfacció [Mediana:2,86 (RiQ:2,50-3,22)]($p=0,03$). L’ingrés del nadó a la unitat de neonats (n= 31; 10,3%), s’ha relacionat amb baixa participació ($\beta = -0,65$; $p=0,000$), seguretat ($\beta=-0,24$; $p=0,02$) i satisfacció ($\beta=-0,16$; $p=0,036$). L’assistència de l’expulsiu per l’obstetra té una relació inversa amb la capacitat personal ($\beta = -0,28$; $p \leq 0,005$). No s’han trobat diferències significatives entre la satisfacció i les variables sociodemogràfiques.

Conclusions: La satisfacció de les dones amb el procés de part és alta, i les dones valoren molt positivament el suport professional rebut. Per altra banda, la capacitat personal per afrontar el part és baixa. La llevadora és un professional que aporta major satisfacció, capacitat personal, participació i seguretat. Les mesures analgèsiques combinades incrementen la participació, capacitat personal i seguretat, mentre que l’analgèsia epidural s’associa a menor satisfacció i participació. Les intervencions com les induccions, els parts distòcics i l’ingrés del nadó a la UCIN són predictores de baixa satisfacció materna. Les variables sociodemogràfiques no estan relacionades amb la satisfacció materna.

Key words: *Childbirth; Pregnancy; Pregnant Women; Personal Satisfaction; Patient Satisfaction; Midwifery; High Risk Pregnancy; Delivery, Obstetric.*

RESUMEN

Introducción: Las últimas recomendaciones de La Organización Mundial de la Salud van encaminadas a promover una experiencia de parto positiva. El parto es un acto fisiológico, donde el respeto por el progreso natural del parto con la mínima intervención se ha relacionado con una alta satisfacción materna, además de mejorar el bienestar psicológico de la mujer y el establecimiento del vínculo efectivo. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un incremento del intervencionismo intraparto, la denominada cascada de intervención obstétrica, la cual consiste en la combinación de intervenciones que no siempre están justificadas, y desgraciadamente incrementan el riesgo de sufrir un parto distócico e impactan negativamente sobre la satisfacción materna. Por consiguiente, conocer la satisfacción materna asociada al intervencionismo es esencial para mejorar los procesos asistenciales e identificar los factores predictores de la satisfacción materna.

Objetivo: Analizar la satisfacción de las mujeres según las variables sociodemográficas, las variables clínicas relacionadas con la asistencia al parto y el intervencionismo, e identificar los predictores de esta satisfacción .

Metodología: Estudio descriptivo y transversal realizado en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona desde Abril de 2017 hasta Septiembre de 2018. Se realizó un cálculo muestral no probabilístico consecutivo. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario autoadministrado que incluía un cuestionario Adhoc para recoger los datos sociodemográficos y clínicos, y el cuestionario *Childbirth Experience Cuestionario* versión castellana que mide la satisfacción materna asociada al trabajo de parto, y que incluye además las variables de percepción de capacidad personal, seguridad, participación y soporte profesional. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas y de satisfacción materna. Se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para el análisis bivalente. La asociación de las variables estudiadas y la satisfacción y sus dominios se determinó mediante modelos de regresión lineal múltiple. Los niveles de significancia aceptados fueron de $p \leq 0,05$.

Resultados: La muestra estuvo formada por 301 mujeres participantes, con una media de edad de 32,57 (DS:5,47) años y con un total de 213 partos eutócicos (70,8%) y 88 partos distócicos (29,2%). La edad avanzada se ha relacionado con las gestaciones de alto riesgo (8,3%; n=25) ($p \leq 0,01$). Referente al nivel de intervencionismo intraparto, un total de 250 mujeres (83%) han recibido alguna intervención obstétrica durante el trabajo de parto, de las cuales un 12% (n=36) han resultado con una cesárea itinerante o un parto instrumentado. La combinación de intervenciones más utilizada ha sido la administración de analgesia epidural con oxitocina (88,0%; n=88), utilizada en un 29,2% del

total de partos. Las cesáreas itinerantes se han relacionado significativamente con los embarazos categorizados de alto riesgo ($n=24$; 14,4% versus $n=5$; 3,7%)($p \leq 0,01$). Las comadronas atienden mayoritariamente partos naturales ($n=61$; 37,9%) o vaginales con epidural ($n=100$; 62,1%) ($p \leq 0,01$), a término ($n=150$; 93,2%) ($p \leq 0,01$), y de inicio espontáneo ($n=121$; 75,2%)($p \leq 0,01$). El nivel de satisfacción de las mujeres del parto fue de 3,18 (DS: 0,42), y la puntuación de los dominios ha sido la siguiente: apoyo profesional 3,79 (DS:0,43), seguridad percibida (3,23 ; DS:0,56), participación (3,04; DS:0,87) y capacidad personal (2,8; DS:0,57). La satisfacción ($r=-0,249$; $p \leq 0,001$), la capacidad personal ($r=-0,225$; $p \leq 0,001$), la percepción de seguridad ($r=-0,291$; $p \leq 0,001$) y la participación ($r=-0,150$; $p \leq 0,001$), se correlacionan de forma negativa con el número de intervenciones realizadas intraparto. Se ha observado una relación inversa entre los partos inducidos, y distócicos con la satisfacción ($\beta_1=-0,18$; $\beta_2=-0,20$; $p \leq 0,001$), la seguridad ($\beta_1=-0,27$; $\beta_2=-0,31$; $p \leq 0,001$) y la capacidad personal ($\beta_1=-0,16$; $\beta_2=-0,24$; $p \leq 0,001$). Las medidas de analgesia combinada se han relacionado con mayor satisfacción [Mediana:2,90 (RiQ:2,50-3,13)]($p \leq 0,01$), mientras que utilizar medidas de analgesia farmacológica como la analgesia epidural se ha asociado a menor satisfacción [Mediana:2,86 (RiQ:2,50-3,22)]($p=0,03$). El ingreso del bebé en la unidad de neonatos ($n=31$; 10,3%), se ha relacionado con baja participación ($\beta = -0,65$; $p=0,000$), seguridad ($\beta = -0,24$; $p=0,02$) y satisfacción ($\beta = -0,16$; $p=0,036$). La asistencia del expulsivo por obstetra tiene una relación inversa con la capacidad personal ($\beta = -0,28$; $p \leq 0,005$). No hay diferencias significativas entre las satisfacción y las variables sociodemograficas.

Conclusiones: La satisfacción de las mujeres con el proceso de parto es alta y las mujeres valoran muy positivamente el apoyo profesional recibido. Por otra parte, la capacidad personal para afrontar el parto es baja. La matrona es un profesional que aporta mayor satisfacción, capacidad personal, participación y seguridad. Las medidas analgésicas combinadas incrementan la participación, capacidad personal y seguridad, mientras que la analgesia epidural se asocia a menor satisfacción y participación. Las intervenciones como las inducciones, los partos distócicos y el ingreso del bebé en la UCIN son predictores de baja satisfacción materna. Las variables sociodemograficas no estan relacionadas con la satisfacción materna.

Key words: *Childbirth; Pregnancy; Pregnant Women; Personal Satisfaction; Patient Satisfaction; Midwifery; High Risk Pregnancy; Delivery, Obstetric.*

ABSTRACT

Introduction: The latest recommendations from The World Health Organization are committed to promote a positive experience. Childbirth is a physiological act, where respect for the natural progress of childbirth with minimal intervention has been associated with high maternal satisfaction, as well as improving the psychological well-being of women and the establishment of an effective bonding. However, recently intrapartum interventionism has been an increased, called the cascade of obstetric interventions, which consists of a combination of interventions that are not always justified, and unfortunately increase the risk of suffering a dystocic birth as well as having a negative impact on maternal satisfaction. Consequently, to know maternal satisfaction linked to interventionism is essential to improve childbirth care and to identify the predictors of maternal satisfaction.

Objective: To analyze women's satisfaction according to sociodemographic variables, clinical variables related to childbirth care and interventionism, and to identify the predictors of this satisfaction.

Methodology: Descriptive and transversal study carried out in the Obstetrics and Gynecology service of the University Hospital Dr. Josep Trueta de Girona from April 2017 to September 2018. A consecutive non-probabilistic sample calculation was performed. Data collection was performed using a self-administered questionnaire that included an Adhoc questionnaire to collect sociodemographic and clinical data, and the *Childbirth questionnaire. Experience Questionnaire* Spanish version that measures maternal satisfaction associated with childbirth, including the variables of perception of personal ability, security, participation, professional support. A descriptive analysis of sociodemographic, clinical, and maternal satisfaction variables was performed. Parametric and non-parametric tests were performed for bivariate analysis. The association of the studied variables and the satisfaction and their domains were determined by multiple linear regression models. Accepted significance levels were $p \leq 0.05$.

Results: The sample consisted of 301 women, with a mean age of 32.57 (SD:5.47) years and a total of 213 vaginal deliveries (70.8%) and 88 instrumental and cesarian deliveries (29,2%) . Old age has been associated with high-risk pregnancies (8.3%; n=25) ($p \leq 0.01$). Regarding the level of intrapartum intervention, a total of 250 women (83%) have received some obstetric intervention during labor, of which 12% (n=36) have been with an intrapartum cesarean section or an instrumental delivery. The most used combination of interventions was the administration of epidural analgesia with oxytocin (88.0%; n=88), used in 29.2% of all deliveries. Itinerant cesarean sections have been significantly associated with high-risk pregnancies (n=24; 14.4% versus n= 5; 3.7%) ($p \leq 0,01$). Midwives attended mostly normal births (n=61; 37.9%) or vaginal deliveries with epidural (n=100; 62.1%) ($p \leq 0.01$), at term

(n=150; 93.2%) ($p \leq 0.01$), and with spontaneous onset (n=121; 75.2%) ($p \leq 0.01$). The level of satisfaction of women in childbirth was 3.18 (SD: 0.42), and the score for the domains was as follows: professional support 3.79 (SD:0.43), perceived security (3.23; DS: 0.56), participation (3.04; DS: 0.87) and own capacity (2.8; DS:0.57). Satisfaction ($r = -0.249$; $p \leq 0, 001$), personal ability ($r = -0.225$; $p \leq 0.001$), perception of security ($r = -0.291$; $p \leq 0, 001$). and participation ($r = -0.150$; $p \leq 0, 001$) are negatively correlated with the number of intrapartum interventions performed. An inverse relationship has been observed between induced and instrumental deliveries with satisfaction ($\beta_1 = -0.18$; $\beta_2 = -0.20$; $p \leq 0.001$), safety ($\beta_1 = -0.27$; $\beta_2 = -0.31$; $p \leq 0.001$), and an own capacity ($\beta_1 = -0.16$; $\beta_2 = -0.24$; $p \leq 0.001$). Combination of analgesic measures have been associated with greater satisfaction [Median: 2.90 (RiQ: 2.50-3.13)] ($p \leq 0.01$), while using pharmacological analgesic measures such as epidural analgesia has been associated with lower satisfaction [Median: 2.86 (RiQ: 2.50-3.22)] ($p = 0.03$). The infant's admission to the NICU (n=31; 10.3%) was related to low participation ($\beta = -0.65$; $p = 0.000$), safety ($\beta = -0.24$; $p = 0.02$) and satisfaction ($\beta = -0.16$; $p = 0.036$). Delivery assistance by an obstetrician has an inverse relation with the own capacity ($\beta = -0.28$; $p \leq 0.005$). No significant differences were found between satisfaction and sociodemographic variables.

Conclusions: Women's satisfaction with the birth process is high, and women value the professional support they receive very positively. On the other hand, the own capacity with childbirth is low. Midwives are the professionals who provide greater satisfaction, own capacity, participation and security. Combined analgesic measures increase participation, personal capacity, and safety, while epidural analgesia is associated with lower satisfaction and participation. Interventions such as inductions, instrumental deliveries or cesarean and the admission of the baby to the NICU are predictors of low maternal satisfaction. Socio-demographic variables are not related to maternal satisfaction.

Key words: *Childbirth; Pregnancy; Pregnant Women; Personal Satisfaction; Patient Satisfaction; Midwifery; High Risk Pregnancy; Delivery, Obstetric; Obstetric interventions; Extraction, Obstetrical.*

1. INTRODUCCIÓ GENERAL

Els canvis en l'assistència a la maternitat i l'atenció al part en els últims temps han estat significatius amb la reducció de la morbiditat i mortalitat materna i perinatal, tant en al nostre país com a nivell mundial (1,2). Aquests determinants de salut mesuren l'efectivitat de les cures infermeres i l'eficiència de l'atenció dels professionals, i han contribuït en la reducció de les complicacions associades al part gràcies a les intervencions i les polítiques de salut realitzades (3,4), però malauradament no avaluen les experiències percebudes per les dones durant el part.

Les millores en la qualitat assistencial també han anat relacionades amb l'augment de l'intervencionisme en el procés de part, encara que aquest és reconegut com una de les barreres en la satisfacció materna (5,6). L'atenció obstètrica moderna moltes vegades implica que les dones pateixin les rutines institucionals, que poden tenir efectes adversos sobre la qualitat i els resultats assistencials, així com sobre l'experiència viscuda del treball de part (7). Per aquest motiu l'any 2018 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va instar a les organitzacions governamentals a assegurar una atenció al part més respectuosa perquè les dones puguin gaudir d'una experiència de part positiva, evidenciant que una bona qualitat assistencial va lligada a una millor satisfacció materna (8).

El model d'atenció, amb un clar protagonisme clínic i més intervenció mèdica, ha fet que les dones i les seves parelles passin a tenir menys protagonisme. En els últims anys s'ha intentat revertir aquesta situació implantant nous protocols més respectuosos en l'atenció a la maternitat i el naixement, amb la finalitat que les dones i les seves parelles puguin gaudir d'una experiència positiva (5).

Els canvis en el model d'atenció i en la societat, han generat una nova demanda creixent entre la població per rebre una atenció personalitzada amb intervencionisme mínim i de qualitat, i focalitzant la demanda per l'assistència en el part natural (entès com un part espontani sense cap tipus d'intervenció) i de baix risc, independentment del centre d'atenció (9,10). Aquest canvi de paradigma en l'atenció maternal és capitulat per l'OMS amb les recomanacions sobre l'atenció centrada en la persona i el part respectat esmentades anteriorment (2,8). Tot i que a Catalunya actualment tenim un model mixt d'atenció al part, el qual implica diferents nivells d'atenció hospitalària segons la categorització de risc de gestació de la dona, i molta diversificació de tipus de centre (públics, concertats i privats) (5), l'atenció a la maternitat ha de contemplar la preservació del procés de part fisiològic, promoure la normalitat i la mínima intervenció, independentment dels criteris de risc de la gestant i del nivell d'atenció del centre de d'assistència d'acord amb la Estratègia de Promoció del Part Normal (10,11).

El part és una experiència emocional molt complexa que no només representa un procés d'interrelació psicològica i fisiològica, també una experiència al mateix temps determinada per la qualitat d'atenció

rebuda durant el part (12). La satisfacció al part és un procés multidimensional, i sorprenentment és un fenomen influenciat per les discrepàncies entre el procés d'atenció al part i les expectatives que tenia la dona d'aquest (13). Tot i ser un tema primordial, la satisfacció de les dones s'ha inclòs a pocs estudis aleatoritzats controlats durant els últims deu anys a nivell internacional (14), pel que fa pensar que, tot i ser un tema d'actualitat, precisa més recerca i evidència, fet que ajudaria a redefinir la nostra pràctica clínica i millorar l'atenció holística a la persona.

Per aquest motiu es fa indispensable explorar les necessitats i experiències de les dones, ja que ens poden proporcionar informació no només sobre el procés assistencial sinó també de la qualitat de l'assistència rebuda. Amb el present estudi es preten observar les diferències entre els resultats del part segons les intervencions aplicades a les dones durant el procés de part, i al mateix temps analitzar la satisfacció de les dones en aquest procés.

1.1. FIOLOGIA DEL PART I DEFINICIÓ DEL PART DE MÍNIMA INTERVENCIÓ

El treball de part consisteix en l'aparició de contraccions rítmiques, involuntàries i progressives de l'úter que produeixen esbarrassament i dilatació cervical (15). L'OMS va definir el part normal com aquell que s'inicia de manera espontània, que parteix d'una gestació de baix risc o sense risc a l'inici del treball de part, que el nadó neix espontàniament amb presentació de vèrtex entre les 37 i les 42 setmanes, i que després del naixement tant la mare com el nadó no tenen complicacions (16). Es considera a la llevadora la professional de referència per proporcionar l'acompanyament i les cures necessàries durant el treball de part fisiològic i de baix risc (1,16–19), tot i així, totes les professionals sanitàries que proporcionen assistència al part han de ser coneixedors de les pràctiques per reduir l'intervencionisme intrapart (10).

Entenem com a atenció al part natural quan hi ha un procés de part fisiològic i de mínima intervenció, en el que només s'apliquen intervencions mèdiques quan és estrictament necessari, i només amb la finalitat de resoldre alguna complicació (20), en el qual hi intervenen factors psicològics i socioculturals i no implica més intervencions que el recolzament integral i respectuós durant tot el procés (11). A més, és descrit per les dones com una experiència intensa i transformadora que genera un sentiment d'apoderament (21).

Primerament, per comprendre quines són les dinàmiques en l'atenció al part i com aquestes van lligades a la satisfacció, cal tenir present les definicions bàsiques. En primer lloc, el treball de part es divideix en 4 fases: la fase latent o de pròdroms, la primera fase del part o de dilatació, la segona fase del part o d'expulsiu, i la tercera fase del part o deslliurament (15). És important conèixer les seves fases i mecanismes fisiològics per saber identificar la normalitat del procés, i quan aquest es desvii de

la normalitat saber aplicar intervencions de manera justificada (11,22). Una intervenció no justificada es pot considerar una mala praxis (23) i fins i tot pot arribar a tenir un impacte negatiu sobre la satisfacció materna (8,24,25).

1.1.1. Desenvolupament de les fases del part: model neuro-psicosocial d'Olza

És ben sabut que l'oxitocina té un paper important en el desenvolupament del part i l'embaràs (26). L'oxitocina és una hormona produïda a les neurones del nucli de l'hipotàlem, i és transportada a la glàndula pituïtària posterior (27). Durant l'embaràs tot el cos de la dona pateix modificacions fisiològiques per adaptar-se a la nova situació vital i el cervell no és una excepció (28,29). La funció de l'oxitocina durant l'embaràs i el part és bàsicament de permetre la contractilitat de l'úter per produir les contraccions i l'ejecció de la llet durant l'alletament matern (30). L'alliberament d'oxitocina endògena és un procés neurobiològic del treball de part, i els seus nivells en sang van augmentant a mesura que aquest progressa, assolint el pic durant l'expulsiu (31).

Quan l'oxitocina és segregada de manera fisiològica afavoreix en reduir el dolor, l'estrès i la por durant el treball de part. A més, estimula la interacció social que influeix en els sentiments i comportament matern facilitant el treball de part i afavorint el vincle afectiu entre la mare i el nadó (26,28). Això es produeix quan el vèrtex del nadó recolza sobre el cèrvix i s'activen les fibres uterines del plexe sacre i lumbo-sacre, les quals a través del sistema nerviós parasimpàtic, activen l'alliberació d'oxitocina incrementant els seus nivells en sang. Aquest augment d'oxitocina activarà els nervis motors produint més contraccions que incrementaran la pressió del fetus sobre el cèrvix afavorint la dilatació i el progrés del part, però també afavoreix la segregació de les hormones de l'estrès com el cortisol (26,28). Aquest fenomen de retroalimentació entre l'hipotàlem i les fibres uterines és l'anomenat efecte Ferguson (26).

Segons el model explicatiu neuro-psicosocial del part d'Olza et al. (28), l'oxitocina no només té un paper important en produir les contraccions de part, també influeix en les experiències subjectives, el comportament i els aspectes psicològics de la dona, actuant com a facilitador del part (**Figura 1**). Depenent de la fase del part, l'alliberació d'oxitocina s'anirà modificant, el que produirà que l'actitud i les manifestacions de la dona també canviïn (28). És important que els i les professionals que acompanyen i atenen el part coneguin les característiques del part fisiològic, concretament els mecanismes d'alliberació d'oxitocina i els seus efectes positius, i que aquests poden ser modificats per factors ambientals com situacions que produeixen estrès i por a les dones, activant el sistema parasimpàtic, el qual disminuirà l'activitat del sistema simpàtic i conseqüentment també l'alliberació d'oxitocina (32). El contacte físic i delicat amb la dona, l'atenció continuada “one-to-one” i el suport

exclusiu dels professionals i de la parella durant el treball de part tenen un paper crucial en incrementar l'alliberació d'oxitocina endògena, i conseqüentment reduir l'estrès i el dolor (26), el que afavorirà que indirectament es redueixi l'intervencionisme intrapart.

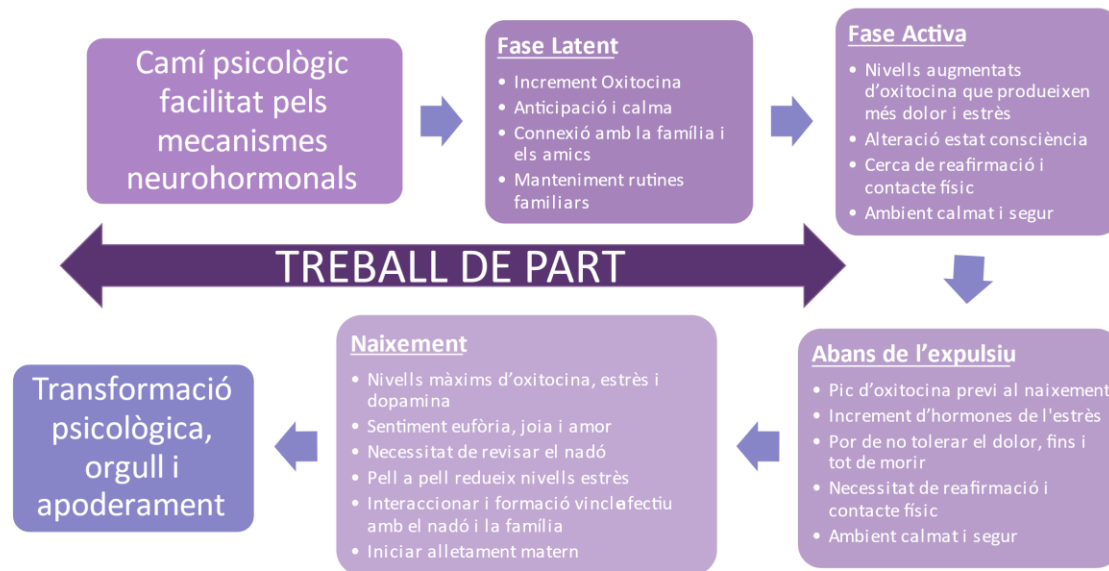


Figura 1. Model neuro-psicosocial integrat del part. Adaptació d'Olza et al. (26)

A continuació es descriuen les diferents fases del part i els aconteixements que succeeixen dins de cada fase per millorar la comprensió referent a la fisiologia del treball de part:

Fase latent o pròdroms de part

Durant l'embaràs el cos es prepara de manera fisiològica pel part, i es poden començar a notar contraccions, però quan el part es vol iniciar aquestes es tornen més freqüents, regulars i intenses, indicant l'inici de part (15). Quan les dones noten que el part vol començar, normalment informen socialment a la gent del seu voltant ja que solen estar emocionades i tenen sentiments positius per començar aquest procés, tot i que també expressen la necessitat de continuar amb les seves rutines diàries fins que les contraccions no siguin més regulars (21).

Aquestes contraccions es van convertint en rítmiques i doloroses per aconseguir que el coll de l'úter s'esborri de manera gradual, adquirint una consistència més tova i es va dilatant progressivament amb el descens del nadó (15). Mentrestant, els nivells d'oxitocina incrementen, el que pot produir majors sentiments de felicitat i actituds positives, facilitant les tasques de preparació per l'arribada del nadó a la família (28). Aquests nivells d'oxitocina no es produiran quan el part no sigui espontani, per tant

quan el part és induït estem aplicant un factor extern que pot modificar l'experiència de part i conseqüentment la satisfacció.

Pel que fa a la definició clínica de fase latent del part, aquesta es caracteritza per l'aparició de contraccions uterines doloroses i canvis variables del coll uterí, fins i tot hi pot haver esborrament del coll en diferents graus fins que s'assoleixen els 5 cm de dilatació (33). El progrés d'aquesta fase és molt variable i no se sol accelerar fins que no s'assoleixen els 5 cm de dilatació (8). La durada dependrà de si és un primer treball de part o no, per tant no hi ha una durada estàndard d'aquesta fase (8).

La revisió de l'evidència ens suggereix que no és recomanable utilitzar cap mena d'intervenció obstètrica com l'amniotomia (el que es coneix popularment com “trencar la bossa de les aigües”), la utilització d'oxitòcics o prostaglandines, o la realització de cesàries) abans d'arribar als 5 cm de dilatació si la mare i el nadó estan en bones condicions, ja que es considera que el treball de part actiu encara no ha començat (5,6,8,34). En la mateixa línia d'actuació, tampoc estaria justificat l'ingrés a sala de parts de gestants sanes amb treball de part espontani abans d'arribar al punt de tall dels 5 cm de dilatació, ja que incrementa la probabilitat de realitzar intervencions intrapart com la utilització d'oxitocina per estimular el part, la utilització d'analgèsia epidural, els tactes vaginals, les cesàries intrapart i les hospitalitzacions de nadons en unitats de cures neonatals (35). També s'ha evidenciat en les dones que ingressen abans dels 5 cm de dilatació un increment d'amniotomies, de parts vaginals instrumentats, de nadons que requereixen maniobres de ressuscitació cardio-pulmonar (RCP) neonatal i estades hospitalàries maternes més llargues (35). En consonància amb aquests resultats, l'allargada del part ha estat un dels factors determinants en la satisfacció segons nombrosos autors, ja que parts superiors a les 12 hores de dilatació estan relacionats amb menor satisfacció materna (14,36–39). Per tant, realitzar intervencions abans de l'inici de part actiu, a més d'incrementar la morbiditat materna i neonatal pot implicar un augment d'insatisfacció materna.

Fase activa del part

El període de dilatació es definirà com a fase activa del part i es caracteritza per l'establiment de les contraccions doloroses i regulars, amb un grau important d'esborrament del coll uterí i una dilatació superior als 5 cm fins arribar a la dilatació completa (10 cm) (15). El progrés del treball de part a la fase activa és més ràpid, i segons si és el primer treball de part o no, tindrà una evolució a una velocitat progressiva o exponencial (8). La durada del període de dilatació sol ser d'unes 12 hores en el primer treball de part, i normalment no excedeix de les 10 hores quan és un treball de part successiu. No totes les dones dilataran a la mateixa velocitat, per tant la progressió de dilatació durant aquesta fase és molt variable, i l'estàndard de valoració de progressió d'1 cm per hora no és realista, pel que no es

considera un criteri d'intervenció justificat quan una dona té un progrés de dilatació inferior a 1 cm per hora (5,6,8,34).

En aquesta fase, les contraccions es tornen més intenses i el dolor s'intensifica, és quan les dones tenen la necessitat de concentrar-se en el part perquè progressi (40). És en aquest punt quan les dones necessiten un suport incondicional de la parella de part per sentir-se segures, i normalment és quan tenen el primer contacte amb els i les professionals perquè els acompanyin en el procés de part (21). A mesura que el dolor es torna més intens, la dona necessita concentrar-se en el part i moltes refereixen que la sensació del pas del temps s'altera, fins i tot podent alterar el seu estat normal de consciència (21). El contacte físic i el suport emocional es fan estrictament necessaris per controlar les hormones de l'estrès i afavorir que la segregació d'oxitocina endògena es mantingui (31).

Per altra banda, quan hi ha un increment de l'estrès matern, aquest pot inhibir l'alliberació d'oxitocina, causant més dolor i por, el que afectaria negativament a la progressió (velocitat de dilatació) del part per una disminució de les contraccions, desencadenant l'anomenada cascada d'intervencions obstètriques, la qual consisteix en una ventall procediments intrapart en un ambient medicalitzat (28). La utilització d'analgèsia epidural pot bloquejar l'alliberació d'oxitocina, fins i tot a nivell cerebral, reduint l'activitat dels mecanismes adaptatius neuroendocrins (41), el que farà que la dona no experimenti els beneficis de sociabilitat i ben estar de l'oxitocina alliberada i, fins i tot, dificulta el vincle afectiu entre la mare i el nadó en comparació amb les dones que no porten aquesta analgèsia (42). La dificultat d'establir el vincle és deguda a que l'alliberació d'oxitocina endògena es veu bloquejada per l'analgèsia epidural a nivell cerebral, fent que la dona sigui menys sociable en comparació a aquelles dones que no se'ls administra aquesta analgèsia, les quals segreguen molta més oxitocina, i per tant, establir el vincle amb el seu nadó serà més fàcil perquè l'oxitocina facilita el procés neuroadaptatiu de creació del vincle augmentant la sociabilitat de la persona. Tot i així, el suport professional pot tenir un impacte molt positiu si és el correcte, fent que els mecanismes neuroendocrins flueixin, però per contra, un suport que no sigui adequat alterarà els bioritmes, fent que sigui inevitable activar la cascada d'intervenció.

Fase expulsiu i naixement

Finalment, la fase d'expulsiu es defineix com a el període comprès entre la dilatació completa del cèrvix i el naixement del nadó, en el qual, la dona iniciarà un desig involuntari d'empènyer degut a les contraccions uterines d'expulsiu (15). La durada de l'expulsiu pot ser variable entre una dona i una altra, en el primer treball de part la durada sol ser d'unes 3 hores, i en treballs de parts successius sol ser d'unes 2 hores (8). Aquesta fase en si mateixa també té dos fases, la passiva i l'activa.

Durant la fase passiva d'expulsiu, la dona no percep la sensació d'espoderaments i les contraccions uterines faran baixar el cap del nadó pel canal del part (15). Alguns autors indiquen que aquesta fase sol durar unes dues hores en nul·líparas i una hora en múltiples que tenen un part espontani sense analgèsia epidural, o dues hores si porten analgèsia (6,8). Per altra banda, la fase activa comença quan la dona té desig d'espoderaments, es produeixen contraccions d'expulsiu que ajuden al descens del nadó fins que el cap és visible. La durada normal en nul·líparas sense analgèsia sol ser d'una hora, o de dues amb epidural, mentre que en múltiples el descens tarda, com a màxim, una hora (6).

Quan les dones entren en la fase d'expulsiu hi ha uns nivells de por i de dolor molt intensos, i moltes manifesten ganes de deixar-ho córrer ja que es senten exhaustes, que no poden continuar, amb un sentiment de por i fins i tot de mort (21). Però quan la sensació d'empènyer s'activa, tornen a sentir-se connectades amb el part fet que fa que siguin més participatives i actives (21).

Immediatament després del naixement, les dones descriuen el moment com a ple de joia, fins i tot proper a l'espiritualitat i ple de gratitud, ja que poden veure la seva habilitat per usar el seu dolor positivament per aconseguir un part no intervingut, el que influeix a la seva confiança per ser mares (21). La revisió de l'evidència suggereix que aquests sentiments de joia i eufòria poden estar lligats a l'alliberació de dopamina relacionada amb l'augment d'oxitocina després del naixement (43), i que es mantindrà si, a més, es promou el contacte pell a pell amb el nadó, afavorint el vincle matern filial (31,43). Altrament, si aquest procés és interromput per intervencions innecessàries dels professionals, podria afectar a la satisfacció de les dones.

Deslliurament i postpart

La tercera etapa del part és la que es coneix com el deslliurament, transcorre entre 30 i 60 minuts després del naixement del nadó i es produeix l'expulsió de la placenta i les membranes (6,8). Moltes dones refereixen patir una transformació durant el postpart, fins al punt de sentir que no són elles mateixes ja que es senten fortes, apoderades i preparades per atendre les demandes del nadó (21). Aquests canvis també són deguts als nivells d'oxitocina, que fan que la transició a la maternitat sigui més fàcil (28). Per altra banda, altres autors han suggerit que quan apareixen interrupcions o, fins i tot, separacions durant la creació del vincle matern amb el nadó els primers minuts de vida, com sol passar en parts instrumentats o cesàries, s'incrementa la insatisfacció materna (44), a més d'incrementar el risc de patir alteracions psicològiques com ansietat, estrès i, fins i tot, depressió postpart (45). De nou es fa evident que les intervencions dels professionals tenen un impacte en la salut i el benestar de la mare i el nadó, a més d'afectar a la satisfacció.

1.2. L'INTERVENCIÓ OBSTÈTRIC I LES BARRERES PER LA SATISFACCIÓ MATERNA

L'assistència al part no intervingut és aquella en què es respecta el procés de part fisiològic i la dona finalitza la gestació a terme, amb inici espontani i evolució sense complicacions maternes ni fetals (20). L'any 2007, el *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG), el *Royal College of Midwives* (RCM) i el *National Childbirth Trust* (NCT) van elaborar un document de consens per promoure el part normal, altrament dit part no intervingut o de baix risc, amb la finalitat de poder aconseguir uns alts nivells de satisfacció materna en l'experiència de part i reduir al mateix temps la morbiditat materna i perinatal associada a l'intervencionisme (9). La utilització sistemàtica de la cascada d'intervenció està associada a un increment de parts instrumentats i cesàries, sobretot més present en els països desenvolupats, augmentant la morbiditat materna deguda al sobre-intervencionisme (24,25).

Hom podria pensar que el problema de l'intervencionisme intrapart és fàcil de resoldre, ja que si es disposen de recomanacions i de guies de pràctica clínica per prevenir-lo, els i les professionals utilitzaran aquestes eines. Malauradament no és tant senzill, ja que les intervencions al part van justificades per l'aparició de riscos durant l'embaràs i el part, i aquests riscos manquen de definicions estandarditzades (46), incrementant la variabilitat d'interpretacions mitjançant el judici professional i, per tant, fent més fàcil que aquest intervencionisme aparegui. Així doncs, l'intervencionisme obstètric és un problema en el qual intervenen diferents factors: diverses tècniques intrapart, excessives intervencions del personal sanitari, les barreres arquitectòniques dels centres d'atenció (disposar de sales de dilatació i paritori per separat, sales d'atenció al part amb múltiples llits...), a més de les múltiples diferències de criteri en la definició del risc obstètric. Tot això pot produir un impacte negatiu en el benestar de les dones.

1.2.1 Definició i classificació del risc obstètric

L'avaluació del risc d'embaràs és una part essencial de l'atenció prenatal realitzada per la llevadora a la primera visita de l'embaràs, la qual permet classificar i calcular segons les característiques i antecedents de la gestant un risc de desenvolupar possibles patologies associades amb l'embaràs. La importància de la classificació del risc d'embaràs ve determinada pel seu impacte en l'intervencionisme. La revisió de l'evidència ens suggereix que les dones que tenen més factors de risc obstètrics poden patir més intervencionisme durant el part, el qual va lligat a menors índex de satisfacció materna (47).

Es defineix el risc obstètric com la possibilitat de tenir esdeveniments adversos relacionats amb la salut materna, fetal o neonatal durant l'embaràs, incrementant la probabilitat de complicacions (48). Els determinants del risc d'embaràs poden ser molt diversos: des de patologia present abans de

l'embaràs, patologia obstètrica desenvolupades durant aquest i, fins i tot, factors psicosocials i els associats al sistema de salut (49).

Tal i com suggereixen alguns autors (46), hi ha molta variabilitat en les definicions de risc, el que fa que sigui de vital importància unificar criteris per evitar més intervencionisme, a més de poder incidir en ells i millorar la satisfacció. Un exemple de la variabilitat de criteris per la classificació dels riscos són les diferències entre les guies de pràctica clínica anglesa i l'espanyola que es mostren a la **Figura 2**.

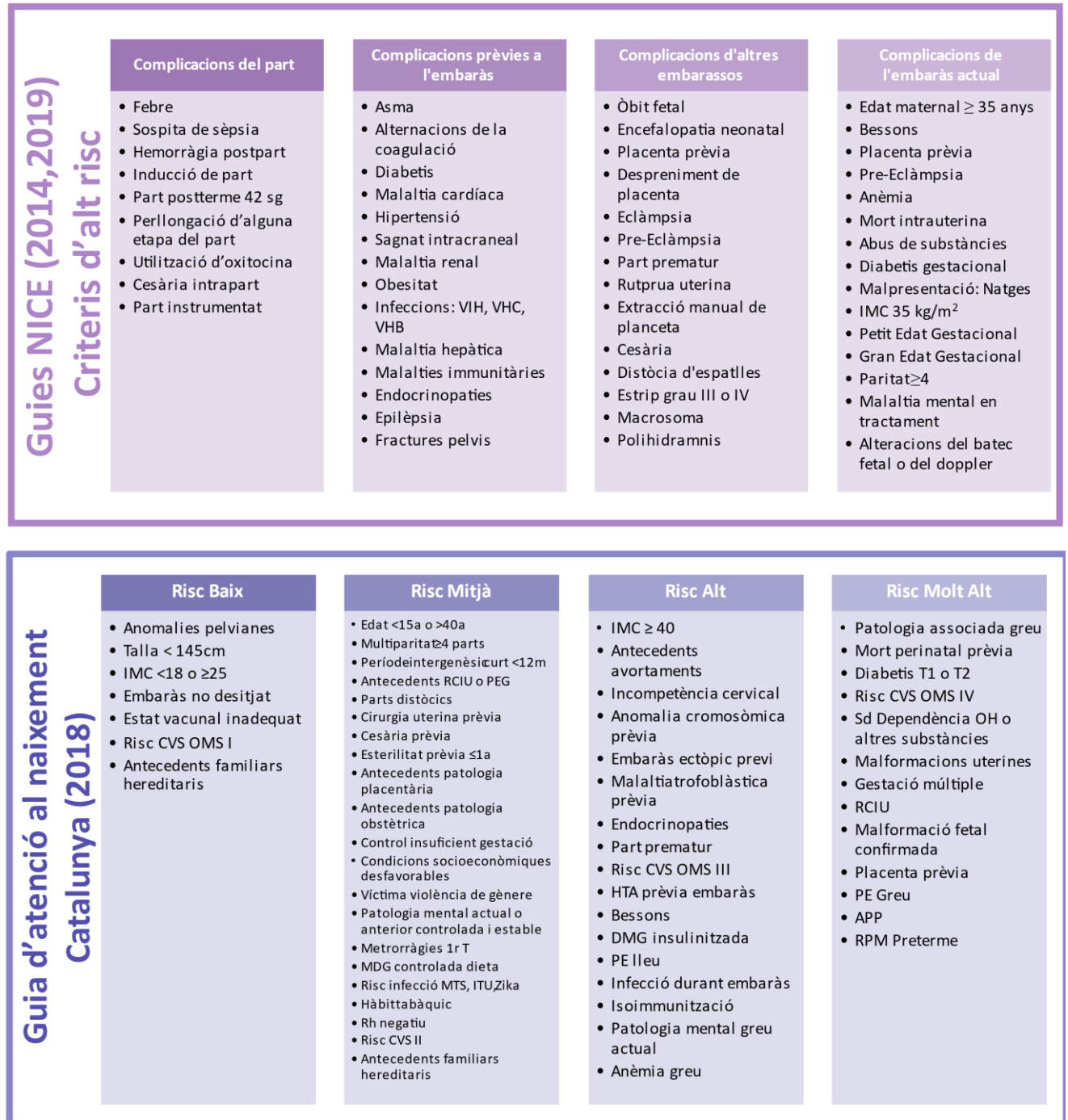


Figura 2. Criteris per la categorització de risc d'embaràs. Adaptació de: "Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya", Generalitat de Catalunya i Departament de Salut (50) i "National Institute for Health Care and Clinical Excellence"(6,49)

A Catalunya la classificació de risc consta de 5 categories: les gestants sense cap factor de risc se les categoritza com a gestants amb un embaràs normal, i les gestants amb algun criteri de risc, segons el tipus de risc l'embaràs que tinguin, se les podrà categoritzar entre baix, mitjà, alt i molt alt risc (50). En canvi, en el model anglès d'atenció al part, les classificacions de risc en basen en dues categories: baix i alt risc, i l'absència de factors de risc determina que la dona és de baix risc (49). L'aparició d'un factor de risc o més durant l'embaràs o el part, a vegades pot requerir un canvi de professional responsable del control de l'embaràs (de llevadora a obstetra) o, si és durant el treball de part, pot implicar, fins i tot, un canvi de centre per adequar l'atenció al part segons els nivells de complexitat hospitalària(49). Tot i així, la categorització del risc d'embaràs no és l'únic factor determinant en l'intervencionisme intrapart, ja que aquest és un procés multifactorial que rep múltiples influències a més de les del model d'atenció.

Per altra banda, al Regne Unit, la determinació del risc d'embaràs no només marca el nivell organitzatiu de l'atenció, també determina el professional de referència encarregat del seguiment, és a dir el *Midwifery Led Care* (MLC) en el cas del part de baix risc és competència exclusiva de les llevadores (6,51), i el *Consultant Led Care* (CLC) és competència dels obstetres quan hi ha presència de factors de risc. En canvi, en el model d'atenció a Catalunya, tot i que les competències de les llevadores també estan definides pel part de baix risc (52), dins dels centres hospitalaris, queden difuminades ja que sempre hi ha un obstetra de referència en el moment del part, fet que a vegades pot dificultar el desenvolupament de les competències de les llevadores, i incrementar l'intervencionisme obstètric. Tot i així, seguint les últimes directrius del Pla de Salut, s'hauria d'anar cap a un model d'atenció on les dones de baix risc poguessin ser ateses en unitats específiques separades de les unitats obstètriques d'alt risc (53), amb l'objectiu de preservar la normalitat del procés de part i prevenir l'intervencionisme.

1.2.2. La cascada d'intervenció obstètrica versus la pràctica basada en l'evidència

La utilització de pràctiques actualitzades i basades en l'evidència per l'atenció al naixement i la maternitat s'han identificat com un dels estàndards de qualitat assistencial, ja que ha demostrat que el correcte ús d'aquestes pràctiques disminueix dràsticament la mortalitat i morbiditat materna i neonatal (2,3). Tanmateix, la detecció precoç de complicacions, sobretot en l'atenció al part i el postpart, milloren significativament els resultats neonatals i materns referents al part (2).

Per altra banda, l'increment de les intervencions obstètriques del part, les complicacions associades al procés com les cesàries emergents, els parts vaginals instrumentats, les hemorràgies postpart i els

nadons amb un Apgar inferior a 7 als 5 minuts de vida estan relacionats amb més insatisfacció materna (54–58).

L’anomenada “cascada d’intervenció obstètrica” és una pràctica estesa en el nostre país i en general a països desenvolupats, on el part s’ha medicalitzat (procés on s’utilitzen tècniques i/o fàrmacs per accelerar o induir el part) en les últimes dècades i s’ha obviat la fisiologia del part espontani. Es defineix com una sèrie d’intervencions mèdiques realitzades i aplicades durant el treball de part, que interfereixen en el transcurs fisiològic del part normal i, que a més, impliquen una alta taxa de complicacions associades per la dona i el nadó (59,60) (**Figura 3**). En conseqüència, l’OMS ha realitzat una sèrie de recomanacions sobre les intervencions intrapart relacionades amb la cascada d’intervenció obstètrica, desaconsellant el seu ús, en la majoria de casos, per les implicacions sobre la salut de la dona i el nadó (61).

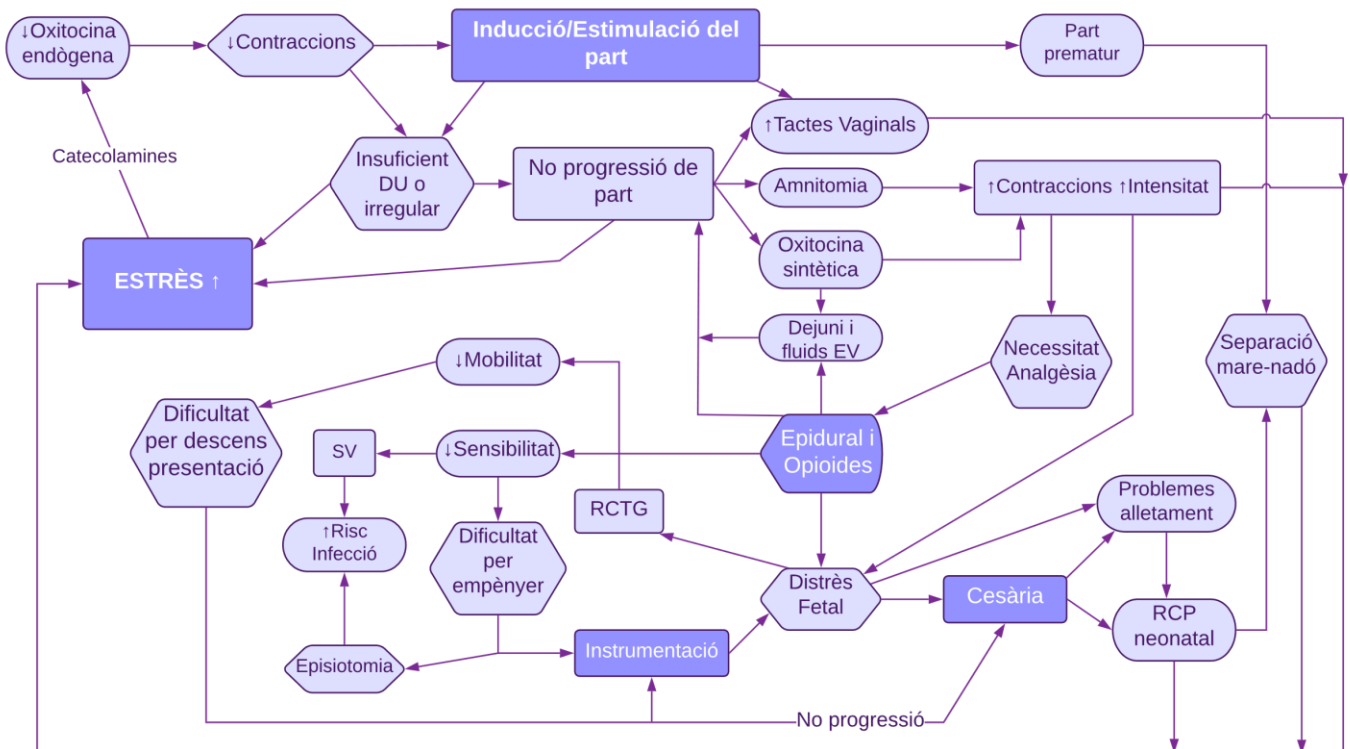


Figura 3. Cascada d’Intervencions Obstètriques. Adaptació de Petersen, Poetter, Michelsen et al.(60).”

Conseqüències de l’aplicació de la cascada d’intervenció

L’evidència indica que les dones poden trobar estressants certs procediments i pràctiques intrapart com per exemple: la presència d’un professional a qui no coneixen, haver d’estar estirades en una determinada posició, els tactes vaginals, haver de despullar-se davant d’estranyes, sentir comentaris ofensius, i la realització d’episiotomies i parts instrumentats com el fòrceps o la ventosa (62). Encara

més, la utilització d'intervencions clíniques no necessàries durant el procés de part natural minven l'autonomia i la dignitat de la dona atès que són les persones que reben aquestes intervencions, i poden afectar negativament en la seva experiència de part (24). La mínima intervenció i el suport professional durant el part són factors clau per afavorir tenir una experiència positiva de part (63).

Altres autors afirmen que les probabilitats de tenir un part normal es redueixen en les dones primíparas, que han tingut antecedents de cesària prèvia, que tenen gestació múltiple, amb edat avançada, amb edat gestacional major i, que a més, pateixen determinades complicacions associades a la gestació (com diabetis gestacional, placenta prèvia o hipertensió), ja que se'ls aplica un monitoratge fetal contínu durant el part i moltes vegades només coneixen a algun dels professionals sanitaris que l'atenen durant el part (64). Aquest fet fa que hi hagi una desconexió entre els i les professionals i la dona, el que afavoreix que la dona tingui menys capacitat de decisió. En canvi, hi ha més probabilitats de tenir un part de baixa intervenció quan les dones que viuen en àrees rurals, no tenen un seguiment de l'embaràs amb un obstetra privat, tenen llibertat de moviments durant el part no havent de donar a llum en la posició de decúbit supí, i que reben una atenció personalitzada i continuada (*one-to-one*) en un part no induït ni estimulat (64).

Diversos autors constaten que hi ha menor satisfacció en diferents situacions com: les induccions de part, quan s'administra oxitocina intravenosa per incrementar les contraccions, quan s'utilitza l'analgèsia epidural, o bé quan hi ha trauma perineal amb afectació d'esfínters (54,65,66), ja que totes elles són intervencions que tenen repercussions negatives sobre la salut i el benestar de la dona. Fins i tot quan les induccions de part o les cesàries electives són requerides per la dona per elecció pròpia, aquestes estan menys satisfetes que les dones que no se'ls ha aplicat les intervencions mencionades anteriorment (54).

Altrament, Fox et al. (67) observaren que les dos principals causes de les cesàries intrapart eren les anormalitats del batec fetal (23%) i les contraccions inadequades (22.8%); i als dos grups de dones, segons la causa, se'ls aplicava la cascada d'intervenció obstètrica. Per una banda, les dones que van desenvolupar anormalitats en el batec fetal se'ls havia aplicat alguna d'aquestes intervencions: amniotomia (39%), oxitocina (32%), no progressió de part (com per exemple una dilatació lenta). (42%) i l'analgèsia epidural (52%) (67). Per altra banda, les dones que tenien contraccions inadequades compartien les següents característiques: l'ús de l'analgèsia epidural (33%), l'administració d'oxitocina (49%), la realització de l'amniotomia (45%) i l'estrès fetal (56%) (67).

En la mateixa línia, un altre estudi va demostrar que el 73,2% de les dones nul·líparas se'ls aplicava la cascada d'intervenció amb oxitocina i epidural, en canvi el 59,6% de les dones múltiples se'ls aplicava

l'amniotomia com a primera intervenció, i només un 33,2% de les dones no rebien cap mena d'intervenció obstètrica (60).

En conclusió, moltes intervencions que es realitzen a la pràctica clínica durant l'atenció al part tenen un impacte important sobre l'experiència de part de la dona, el que justifica la promoció d'una atenció basada en la mínima intervenció. Evidentment no podrem aplicar aquest model d'atenció a totes les dones, perquè les dones que tinguin riscos intrapart requeriran intervencions justificades, però si s'intenta aplicar la mínima intervenció en el seu màxim exponent, també es reduïrien les actuacions amb cascada d'intervenció obstètrica amb les dones d'alt risc, millorant les seves experiències de part. Per aquest motiu es considera de primera necessitat explorar la satisfacció de les dones relacionada amb les intervencions de part, i així poder millorar els processos assistencials amb la intenció de reduir l'intervencionisme, incrementar la satisfacció i, al mateix temps, mantenir uns bons indicadors de salut perinatal.

1.2.3. Indicadors d'intervenció obstètrica i recomanacions associades a la pràctica basada en l'evidència

Les línies d'actuació i recomanació de l'OMS actuals van encaminades a proporcionar unes cures durant l'atenció a l'embaràs, el part i el postpart que siguin respectuoses i que al mateix temps afavoreixin tenir una experiència de part més positiva, assegurant en tot moment que es mantingui la dignitat, la privacitat, la confidencialitat, la integritat física i el tracte adequat perquè la dona pugui prendre decisions de manera informada i rebre suport continuat durant tot el treball de part (8).

L'OMS identifica com a claus els següents aspectes per garantir una experiència de de part positiva: la continuïtat d'atenció, tenir un pla de derivació, que hi hagi mobilitat i posició d'elecció materna, que la dona pugui ingerir líquids i aliments durant el part, que hi hagin una vigilància i documentació del treball de part, que la comunicació de la dona i les professionals sigui efectiva, que la dona pugui tenir un suport emocional i un acompanyament d'elecció en tot moment i que l'atenció rebuda sigui proporcionada amb respecte i dignitat per la dona (**Figura 4**) (8). Les recomanacions no només van

encaminades a afavorir una experiència positiva, sinó també a reduir les intervencions intrapart, prevenint l’aparició de la casada d’intervenció obstètrica.

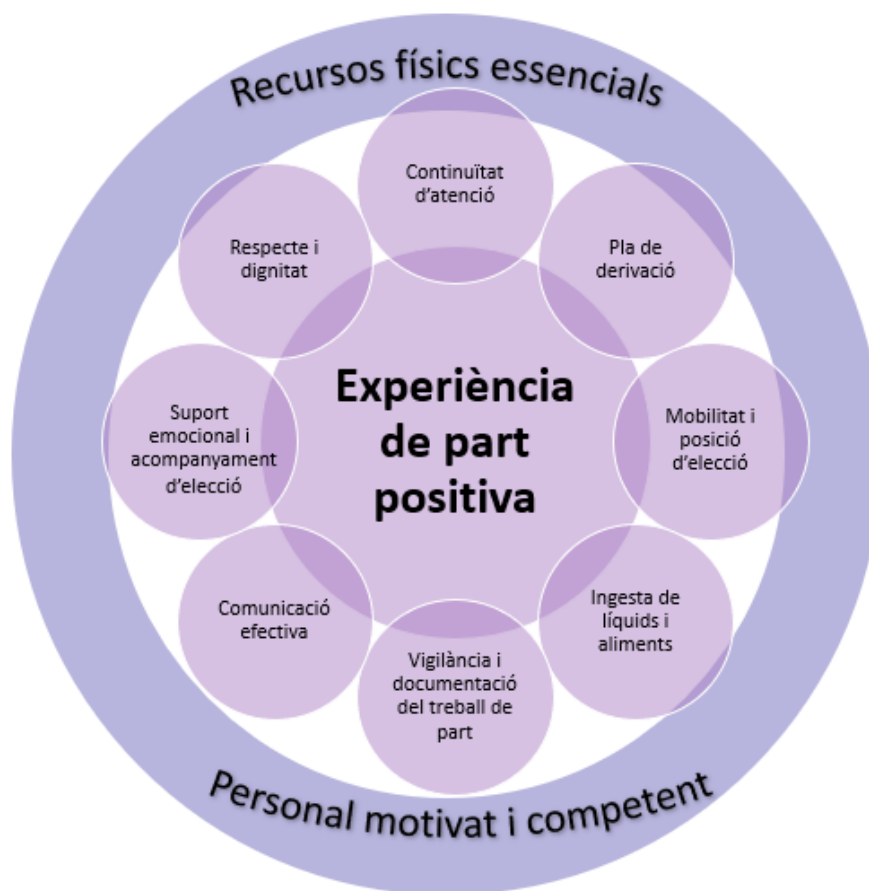


Figura 4. Recomanacions de l’OMS per a una Experiència de Part Positiva. Adaptació de OMS (8)(2018).

A continuació, es detallen algunes de les recomanacions de l’OMS referent a les intervencions intrapart, les quals no només es poden utilitzar com a indicadors de bones pràctiques intrapart, sinó també com a facilitadors o barreres de la satisfacció materna.

Tactes vaginals

La realització de tactes vaginals intrapart és utilitzat per valorar la progressió del part i poder detectar possibles distòcies i mobilitat materna i fetal associada al treball de part de progressió lenta, tot i així l’evidència ha demostrat que la sobreutilització de tactes vaginals incrementa les intervencions intrapart no necessàries, pel que és necessari establir un patró de valoració estricta del progrés del part per evitar la sobreintervenció (68). Un nombre elevat de tactes vaginals intrapart pot incrementar el risc d’infecció, disconfort i insatisfacció al part (69). Realitzar tactes vaginals cada 4 hores enlloc de cada dues no incrementa el risc del nombre de cesàries per sospita de benestar fetal o no progressió, ni parts instrumentats, ni canvis en la utilització d’analgèsia epidural, o hemorràgia postpart (24).

Conseqüentment, s'insta a que la valoració del progrés de part s'avalui amb tactes vaginals justificats i amb un interval mínim de 4 hores (8), ja que es considera que hi ha poca evidència que fer tactes vaginals més freqüents redueixi el nombre de parts que no progressen correctament (24).

Ènema i rasurat púbic

Intervencions com el rasurat púbic i perianal, a més de l'aplicació d'ènemes de rutina durant el treball de part, són pràctiques no recomanades, ja que no disminueixen les taxes d'infecció materna ni perinatal i a més incrementen la insatisfacció de la dona (8,70,71). Aplicar ènemes de neteja a les dones en el treball de part ha estat una pràctica estesa a molts països, ja que ocasionalment quan la dona està en procés d'expulsiu pot defecar mentre el cap del nadó corna (72). Antigament hi havia la creença que si s'aplicava un ènema de neteja durant la fase de dilatació del part s'evitaria una situació possiblement incòmode per la dona a més d'oferir més espai al cap de nadó i evitar infeccions neonatals i maternes (73). Tot i així, altres autors afirmen que s'incrementa el risc d'infecció perinatal i materna quan s'utilitzen ènemes, ja que la femta es tornava més tova i fins i tot líquida, facilitant la contaminació del canal de part (72).

Monitoratge fetal permanent que immobilitza a la dona

La monitoratge fetal intrapart es realitza auscultant la Freqüència Cardíaca Fetal (FCF) utilitzant dos mètodes: el Registre Cardio-Toco-Gràfic (RCTG) que es pot utilitzar contínuament o en períodes finestra, o bé utilitzant un doppler o estetoscopi de Pinard fent auscultacions intermitents després de la contracció (74). Tot i que el RCTG permet el registre en paper de la FCF, per altra banda impedeix la mobilitat de la dona, incrementant la incomoditat per no poder canviar de posició o fins tot impossibilitant que s'utilitzin altres mètodes d'analgèsia com la utilització de la banyera, el que empitjora la seva gestió del dolor (75).

L'ús de la monitoratge contínu intrapart està justificat en gestants d'alt risc pels seus beneficis en la reducció considerable de nadons amb paràlisi cerebral i events estranys postpart, però també està associada a un increment de cesàries, parts instrumentats i utilització d'analgèsia farmacològica (75). Una alternativa proposada és l'auscultació de la FCF intermitent cada 15 minuts després de la contracció durant un treball de part espontani en gestants sanes (6), ja que no s'han detectat diferències en l'acidosi de la sang de cordó del nadó utilitzant els dos mètodes de monitoratge, pel que es recomana utilitzar l'auscultació intermitent en dones de baix risc que ho desitgin (6,8,18).

Per altra banda, tampoc es recomana la utilització del RCTG per valorar el benestar fetal en les gestants de baix risc i amb inici de treball de part espontani durant l'ingrés de part (8), ja que l'ús

continuat del RCTG incrementa el risc de realitzar intervencions obstètriques (75), i si la dona és de baix risc pot incrementar el risc de cesària i no queda clar si milloren els resultats neonatals (74).

En definitiva, només s’hauria d’iniciar un RCTG quan hi hagi una raó clínica justificada i alternativament estaria indicat realitzar una auscultació intermitent de al FCF després de la contracció i durant almenys un minut, utilitzant un Doppler o un estetoscopi de Pinard per valorar el benestar fetal a l’ingrés (8,18). Les dones que escullin monitoratge contínu del part amb RCTG encara que no tinguin factors de risc cal que se’ls encoratgi a adoptar posicions verticals que permetin la mobilitat tot i tenir el monitor col·locat (18).

La utilització d’analgèsia intrapart

La correcta analgèsia intrapart és un factor determinant per la satisfacció materna, ja que nivells de dolor molt elevats van associats a una pitjor experiència de part i menor satisfacció (37). Un correcte suport professional durant el part incrementa l’alliberació d’oxitocina endògena, i conseqüentment redueix l’estrès i el dolor, el que facilitarà que s’utilitzin amb menys freqüència els mètodes farmacològics com l’analgèsia epidural (26,28,32). Per altra banda, la manca d’oferta i capacitat per escollir un mètode analgèsic també s’ha relacionat amb una disminució de sensació de seguretat i control a part de l’increment del dolor (76). En tot cas, en qualsevol situació on la dona no es senti segura i estigui incòmoda, la satisfacció disminuirà.

Referent als mètodes d’alleujament farmacològic del dolor com l’analgèsia epidural, els opioides com la petidina, la diamorfina o el fentanilo, estan recomanats segons les preferències de les gestants (8). L’evidència sembla indicar que les dones que utilitzen analgèsia epidural estan menys satisfetes amb el procés de part que les que utilitzen altres mètodes d’analgèsia, encara que les que han utilitzat l’analgèsia epidural han estat satisfetes amb la seva efectivitat (18).

Les dones esperen poder rebre suport i assessorament de la llevadora en el procés de decisió sobre utilitzar o no l’analgèsia epidural intrapart, fins i tot algunes dones hauran fet plans de part i algunes altres poden sentir-se pressionades pel personal sanitari per utilitzar l’analgèsia (18). Situacions on hi ha falta de comunicació i empatia dels professionals, o quan l’inici d’una analgèsia epidural és tardana i aquesta no és efectiva, poden contribuir a que les dones visquin experiències negatives associades al part (18), pel que es recomana informar degudament sobre l’analgèsia epidural i altres tipus d’estratègies de control del dolor durant el 2n o el 3r trimestre de l’embaràs (77), així les dones tenen temps per prendre decisions de manera conscient.

Malauradament, tant l’analgèsia epidural com l’espinal-epidural combinada, al ser mètodes farmacològics, no estan lliures de riscos ja que estan associats amb el treball de part perllongat, la

utilització d'oxitocina per incrementar les contraccions i una incidència elevada de parts vaginals instrumentats (78). A més, amb l'analgèsia epidural es produeix un bloqueig neuromuscular de les extremitats inferiors, dificultant la mobilització de la dona en posicions més verticals, el que pot incrementar el risc de part instrumentat (79,80), doncs amb els seus efectes, poden disparar la utilització de la cascada d'intervenció obstètrica. Altres complicacions associades a l'analgèsia epidural poden ser hipotensió materna i dificultats per miccionar, el que pot requerir un sondatge vesical, incrementant el risc d'infecció (80). En contrast, altres autors no han trobat diferències en la utilització de l'analgèsia epidural i la incidència de part perllongat o de part instrumentat (81), ni en la posició d'expulsiu amb l'analgèsia i el tipus de part (82), el que fa pensar que es requereix més evidència per determinar si aquests efectes secundaris venen determinats per una dosi excessiva (79,80). Per aquest motiu, l'OMS insta a recomanar els mètodes d'alleujament del dolor no farmacològic com la utilització de massatges o compreses d'aigua calenta i la utilització de mètodes de relaxació muscular progressiva, respiració, meditació d'atenció plena (mindfulness), música i altres tècniques en gestants sanes que ho sol·licitin (8), ja que són mètodes que tenen menys efectes secundaris que els farmacològics i normalment afavoreixen la mobilitat de la dona, evitant l'intervencionisme intrapart.

També s'ha observat que el massatge i la utilització de compreses calentes incrementen la sensació de control i de satisfacció, a més de reduir el nivell de dolor i la durada del treball de part(83), encara que l'evidència esmentada és poc robusta i es precisen més estudis. Altres autors també han observat que la relaxació, el ioga i escoltar música poden tenir una influència positiva reduint la sensació de dolor i millorant la satisfacció, però no hi ha evidència suficient sobre l'efecte del midfullness i l'audio-analgèsia(84). Altres mètodes com la hipnosi, l'acupuntura i l'acupressió poden reduir la necessitat d'utilitzar analgèsia farmacològica (85,86).

Un altre mètode molt utilitzat és la hidroteràpia, ja que submergir-se en aigua calenta durant la fase de dilatació pot reduir la necessitat d'utilitzar l'analgèsia epidural, a més d'incrementar la sensació de control i de satisfacció de la dona (18). Pel que fa al tema de la seguretat del part a l'aigua, la utilització de la banyera d'aigua calenta durant el treball de part i l'expulsiu, no està relacionada amb resultats diferents de taxes de part vaginal espontani, instrumentat o cesàries, ni en l'augment de trauma perineal o més risc d'hemorràgia postpart (87).

Mobilitat i posicions durant el part

Les dones han de poder adoptar la posició en què es sentin més còmodes i s'ha d'afavorir que canviïn de posició tantes vegades com ho desitgin, cal que els i les professionals informin explícitament de la reducció d'intervencions quan s'adopten posicions verticals, a més de ser capaços d'atendre l'expulsiu

en la posició que la dona desitgi (18). Actualment a l'Estat Espanyol el percentatge d'expulsiu amb posició de litotomia és del 87,4% (10), molt lluny del 30% recomanat per l'OMS (8).

Durant el treball de part en dones gestants de baix risc es recomana promoure la mobilitat perquè adoptin posicions verticals durant el treball de part com per exemple: la gatzoneta, de genolls o estar dreta, amb o sense equipament auxiliar com la pilota o les lianes (8,18), ja que aquestes posicions afavoreixen una fase d'expulsiu més curta i redueixen la probabilitat de tenir un part instrumentat, anormalitats en el registre del benestar fetal (79), i episiotomies (88). Per altra banda, no hi ha una evidència clara sobre l'increment del risc dels estrips de grau III i IV grau (79) i d'una major incidència d'hemorràgia post part en posicions verticals (82).

En el cas que la dona utilitzi analgèsia epidural caldrà retardar l'acció d'empènyer durant una o dues hores per permetre el descens del nadó i que la dona adquireixi aquesta sensació d'empènyer de manera fisiològica sempre que el benestar fetal es pugui assegurar i els recursos permetin avaluar possibles situacions d'hipòxia perinatal (8). Utilitzar mètodes d'analgèsia epidural en altes dosis va associat amb més immobilitat de la dona, pel que s'incrementa el risc que no hi hagi una correcta progressió de part (79,80), el que podria afavorir l'aplicació d'altres intervencions. La utilització de l'analgèsia epidural no ha de ser un impediment perquè la dona adopti la posició per empènyer que li sigui més còmoda (82). La posició de decúbit lateral és preferible per evitar parts instrumentats comparada amb la posició de litotomia (89).

Ingesta durant el treball de part

Una pràctica molt estesa és la restricció de la ingesta durant el part, la qual cosa va associada amb un increment de deshidratació i cetoacidosis de la mare, a més de produir molta incomoditat pel que es recomana la lliure ingesta en dones que no tenen risc elevat de necessitar anestèsia general (8). La preocupació referent a la seguretat de no permetre l'ingesta està injustificada, ja que no s'ha observat diferències significatives entre les dones amb restricció de líquids o menjar durant el part i resultats com l'allargada del treball de part, l'ús d'analgèsia epidural o d'estimulació uterina, valors en el test d'Apgar o d'ingrés del nadó a la Unitat de Cures Intensives Neonatal (UCIN), i nivell de nàusees i vòmits materns (90), els quals poden tenir un impacte en la satisfacció materna degut a les intervencions realitzades.

Amniotomia

La intenció de practicar una amniotomia és incrementar la intensitat i la freqüència de les contraccions per fer progressar el part i escurçar-ne la seva durada. Normalment les membranes es trenquen utilitzant un ganxo durant el tacte vaginal, i fent un forat petit a la bossa i aconseguir que surtin les aigües cap a fora (91). Quan es produeix una ruptura de les aigües, sigui artificial o espontània, es produeix un increment en la segregació de prostaglandines amb el reflex de Ferguson, fent que s'estimuli la producció de contraccions (26). L'amniotomia no està lliure de riscos, pot incrementar el dolor percebut de la dona, sagnat vaginal, el risc d'infecció i el descens del batec fetal (92). És una pràctica que s'utilitza a vegades de manera rutinària i que, a part que la evidència no és conclusiva sobre la seva efectivitat, pot induir a complicacions com el prolapse de cordó o alteracions en el patró de benestar fetal del nadó (91). De fet, l'amniotomia és una de les intervencions més freqüents de la cascada d'intervenció obstètrica (46,6%) (10), tot i que el seu ús no és recomanat de manera rutinària (8).

Administració d'oxitocina sintètica i les induccions de part

La utilització d'oxitocina intrapart és una pràctica estesa a tot el món per incrementar la freqüència i la intensitat de les contraccions per millorar la progressió del part, i pot ser utilitzada sola o amb combinació amb l'amniotomia (93). Quan l'oxitocina s'administra precoçment i el treball de part no està establert, encara que sigui per induir el part, està associada amb un increment de cesàries intrapart i més parts instrumentats, comparat amb altres mètodes d'inducció com les prostaglandines vaginals (93). Per aquest motiu no es recomana tenir una gestió del part activa amb intervencions per prevenir la no progressió del treball de part com: la utilització d'amniotomia aïllada i/o precoç de manera rutinària i l'administració d'oxitocina precoç amb la intenció d'abreujar la progressió del treball de part (8,93).

Per altra banda, utilitzar oxitocina quan la dona trenca aigües espontàniament escurça el temps per tenir un part vaginal, tot i que també s'ha vist que hi ha un increment de dones que requereixen mètodes d'analgèsia, entre elles l'epidural per gestionar el dolor (93). Quan s'utilitzen altes concentracions d'oxitocina hi ha un escurçament del treball de part, però també hi ha un increment de taquisistòlia (més de 5 contraccions cada 10 minuts) i més parts instrumentats deguts a pèrdua de benestar fetal (94), pel que es recomana utilitzar oxitocina, i a baixes dosis, només quan hi hagi una no progressió de part (94). Tampoc estaria justificada la utilització d'oxitocina de manera rutinària en dones que portin l'analgèsia epidural, ja que s'ha vist que utilitzar-ne de forma preventiva no canvia els resultats de part (8,91,94).

En conclusió, quan els nivells d'oxitocina augmenten molt dràsticament, les contraccions augmenten en freqüència, i conseqüentment també augmenta la intensitat i el dolor. Aquest fet pot incrementar l'activitat de les hormones de l'estrès, produïnt un efecte contrari al desitjat i disminuint l'activitat de l'oxitocina endògena, el que podria frenar el treball de part. És el que succeeix quan s'administren altes dosis d'oxitocina sintètica durant un treball de part medicalitzat, que a més d'incrementar la potència de les contraccions, aquestes són referides com a molt més doloroses que les produïdes per oxitocina endògena (26).

En el nostre entorn es calcula que la taxa d'administració d'oxitocina està al voltant del 53,3%, i la taxa d'induccions és del 19,4% (10). De nou, tots dos indicadors estan molt per sobre dels estàndards de bones pràctiques (8), el que pot indicar que hi ha un alt intervencionisme.

Realització de l'episiotomia de rutina

El trauma perineal succeeix en el 85% dels parts, i això inclou la episiotomia (95). La episiotomia utilitzada selectivament només en casos justificats redueix la quantitat de trauma perineal en un 30% comparat amb la utilització de episiotomia rutinària (96). Per altra banda, el suport continuat durant el treball de part baixa la taxa de parts instrumentats, i implícitament el percentatge de realització d'episiotomies (95). Igual que en altres indicadors d'intervenció obstètrica, la taxa d'episiotomia en el nostre entorn (41,9%) està molt per sobre de la recomanada (15%) (10).

Realització de pell a pell i mantenir el binomi mare-nadó

Immediatament després del naixement es recomana la realització del Contacte Pell a Pell (CPP) amb la mare durant la primera hora del naixement a tots els nadons que han nascut sense complicacions amb la finalitat de prevenir hipotèrmia i promoure l'al·letament matern (8). Per aquest motiu, és important col·locar el recent nascut al pit de la mare el més aviat possible després de néixer, un cop s'hagi corroborat que tant la mare com el nadó estan estables clínicament. La revisió de l'evidència ens suggereix que la realització de contacte pell a pell immediatament després del part redueix els símptomes d'estrès post traumàtic, les emocions negatives, i sobretot en els parts per cesària redueix la por i el sentiment de culpa matern i millora la satisfacció (97). Conseqüentment la no realització del pell a pell degut a una separació del binomi mare-nadó durant les primeres hores de vida que pot provocar estrès matern, podria implicar un descens de la satisfacció. Malauradament segons les últimes dades a l'Estat Espanyol hi ha només una taxa de realització de pell a pell del 50,2% (10), amb les possibles implicacions negatives sobre la satisfacció i el benestar materno-fetal.

1.3. SATISFACCIÓ MATERNA RELACIONADA AMB EL PROCÉS DE PART I ELS SEUS

DETERMINANTS

És primordial explorar la satisfacció de les dones en el present estudi, per poder observar diferències segons les intervencions rebudes intrapart. Es considera igual d'important mesurar l'impacte de les intervencions a l'experiència de les dones durant el procés de part com l'impacte que poden tenir els resultats de les cesàries, la peri-mortalitat o la morbiditat (98). L'opinió i la satisfacció de les dones durant el procés de part és un component rellevant per poder avaluar la qualitat dels serveis de ginecologia i obstetrícia i d'aquesta manera millorar l'atenció (99).

Es defineix la satisfacció materna com una resposta psicològica complexa referent al procés del part, tot i que els components que la formen no tenen unes característiques concretes, al ser un procés multifactorial (100). Nogensmenys, el nivell de satisfacció materna durant el part és un ítem de difícil categorització i mesura degut a la seva multifactorialitat i múltiples influències, com per exemple les expectatives prèvies formades durant l'embaràs o bé en embarassos anteriors (101). Per aquest motiu tal i com indiquen diferents autors (102,103), els indicadors de qualitat i els determinants de la satisfacció són molt variables i necessiten ser considerats, abans d'avaluar aquesta satisfacció.

Per altra banda, la qualitat assistencial i la satisfacció estan fortament relacionades, per aquest motiu l'OMS insta a millorar la qualitat assistencial de l'atenció a la maternitat i el recent nascut identificant 8 dominis d'intervenció necessaris per poder assolir una bona qualitat assistencial (**Figura 5**) (2), amb l'objectiu d'assolir els Objectius de Desenvolupament Sostenible amb una perspectiva d'estratègia global (104). Tot i que tradicionalment les intervencions per millorar aquesta assistència s'han centrat en els recursos disponibles i en millorar els resultats de salut, recentment s'ha identificat que és un procés multidimensional, i que, per tant, cal realitzar intervencions no només centrades en els recursos materials i humans del sistema sanitari, sinó també en el rol de les comunitats i les perspectives de les dones i les seves famílies envers l'atenció a la maternitat, ja que aquestes perspectives tindran un impacte important en les demandes de les dones i la recerca d'atenció de qualitat en el seu part (2,105), entre elles la satisfacció materna.

La definició de qualitat assistencial proposada per l'OMS és "el grau d'atenció dels serveis de salut proporcionats a les persones o comunitats per aconseguir determinats resultats de salut desitjats". És necessari que per aconseguir aquest estat de salut desitjat, les cures de salut siguin segures, efectives, realitzades a temps, eficients, equitatives i centrades en la persona (106). Específicament pels serveis d'atenció maternal i nounatal, cal que s'incrementi la possibilitat de proporcionar unes cures adequades per aconseguir els resultats de salut desitjats, que van lligades a l'atenció proporcionada

per professionals actualitzats i que tenen en compte les preferències i aspiracions individuals de les dones i les seves famílies (2). Aquesta última definició té en compte doncs, a part de la qualitat de l’atenció de salut proporcionada, també la qualitat de l’experiència viscuda per la dona, el nadó i les seves famílies, és a dir, la satisfacció.

El marc conceptual actual es proposen 8 dominis per identificar aquestes necessitats d’atenció i redirigir els recursos per millorar la qualitat assistencial (**Figura 5**) (2). Pel que fa als dos dominis principals que determinen la qualitat assistencial són: el domini de provisió o prestació de l’atenció maternal, i el domini sobre l’experiència viscuda; dos grans blocs que s’han identificat com els primordials per assegurar una bona assistència maternal i de qualitat, i on les professionals podem realitzar el major impacte, tant millorant les pràctiques d’atenció, com oferint una comunicació i suport emocional que garanteixin el respecte i la dignitat de la persona.



Figura 5. Model Conceptual de Qualitat Assistencial a la Maternitat. Adaptació de: “Standards for improving quality of maternal and newborn care in Health facilities”(2)

En els països desenvolupats, l'assoliment de la satisfacció materna es focalitza en millorar el procés d'atenció al part, però és necessari intentar millorar l'atenció i el comportament interpersonal entre el/la professional i la dona, per oferir cures amb respecte, i sense discriminació econòmica, social o cultural (102). Diferents estudis han posat en relleu que els determinants de la satisfacció materna en el part també són multifactorials. Basant-nos en el model conceptual de Donabedian de qualitat assistencial (107) es poden classificar en determinants d'estructura, de procés i de resultats segons on es situï aquest dins del procés d'atenció a la dona, els quals s'exposen a continuació.

1.3.1. Determinants d'estructura

Aquests determinants tenen un impacte directe sobre les estructures i serveis sanitaris i, tot i que, els i les professionals a vegades no podem incidir directament sobre les mancances d'aquests determinats perquè depenen de les institucions i les entitats governamentals, sí que es poden fer visibles per millorar la satisfacció.

Ambient i neteja de les instal·lacions

Un ambient físic adequat és determinant perquè la dona tingui una experiència de part positiva (108–110). Aspectes molt rellevants que determinen la satisfacció, sobretot en països en vies de desenvolupament, són: disposar d'una estructura i infraestructura adequada per atendre un part, com és accés a l'aigua i a l'electricitat; disponibilitat de llits i espai personals per la dona i la parella i, que les instal·lacions siguin netes (111,112).

Per reduir els nivells d'estrès de les dones cal assegurar que les sales de parts tinguin un ambient relaxat, amb poc soroll i poca llum artificial, afavorint una aparença més amable i còmoda, tant per les dones com per l'acompanyant (113,114). La sensació d'arrelament amb l'ambient s'ha identificat com un factor important perquè la dona progressi amb un part normal sense intervenció. Si l'ambient no és adequat i transmet inseguretats a la dona, el part pot no progressar de la mateixa manera, pel que es recomana una bona adaptació de l'entorn a les sales de part perquè siguin ambients amables i segurs per les dones (115).

Recursos materials

Disposar de tots els recursos materials necessaris per l'atenció al part és indispensable perquè aquest es desenvolupi en un ambient segur per la dona i el nadó, i pot ser un determinant per la satisfacció de la dona (2). Els estàndards de qualitat i de recursos materials no haurien de ser diferents segons el centre d'atenció (116), tot i que altres autors han detectat que depenent de la situació del sistema sanitari de la regió, els determinants de la satisfacció materna seran diferents; per exemple en els països en vies de desenvolupament les dones es fixen en l'estructura de la organització i de les

instal·lacions, la disponibilitat adequada del personal, del material fungible i dels medicaments (102,103). Tot i que aquest determinant en concret està pensat per ser avaluat en països en vies de desenvolupament, ja que va lligat a la capacitat de tenir el material necessari per atendre el part i assegurar un nivell de seguretat per la dona i el nadó, en el nostre àmbit també podem veure manca de recursos materials quan hi ha una manca d'espais humanitzats, o falta de personal per atendre el volum assistencial.

Facilitat d'accés i sistema de derivacions efectiu

Pel que fa la facilitat d'accés a l'assistència al part, Srivastava et al. (102) detectaren que era un factor determinant en la satisfacció maternal, ja que les dones que havien de recórrer una gran distància per assistir al centre on atendien el naixement del seu fill, estaven menys satisfetes que les que tenien l'hospital a prop de casa (102,110,117). Per altra banda, les dones que acudeixen de visita als serveis sanitaris durant l'embaràs i han d'esperar més de una hora perquè les atenguin estan menys satisfetes (118).

Les dones embarassades i els nadons que no poden tenir accés a una atenció segura degut a les seves característiques de salut, han de tenir el dret a ser transferides a una unitat on s'asseguri l'atenció sota els màxims estàndards de cures. Així doncs, quan el centre on es troba la dona o el nadó no disposa dels recursos adequats, caldrà que transfereixi l'atenció a un altre centre (2). Per aquest motiu en el nostre sistema sanitari disposem de centres de diferents nivells d'atenció per assegurar que totes les dones tinguin dret a una assistència al part segura encara que tinguin criteris de risc molt variats (53).

Models d'atenció al part i professional d'atenció: midwifery led care i “one-to-one” care

Alguns autors proposen el model d'atenció basat en la implantació d'unitats liderades per llevadores com les “Midwifery Led Unit” (MLU) on es realitza una continuïtat de les cures, i que s'ha mostrat ideal per reduir l'intervencionisme durant el part i millorar els nivells de satisfacció de les dones i les seves parelles (119,120). Diverses revisions sistemàtiques han avaluat la seguretat i la diferència en els resultats del part segons el model d'atenció de baix risc o alt risc, demostrant que les dones de baix risc ateses per un model liderat per llevadores i amb atenció continuada, comparades amb les dones de baix risc ateses en el model convencional d'unitats obstètriques d'alt risc, presenten una menor incidència d'intervencions intrapat com: la necessitat d'analgèsia epidural, la incidència de parts instrumentats, preterme i de cesàries intrapart (7,121–123). Tanmateix, es precisen més resultats amb evidència científica sobre les diferències en l'efectivitat de l'atenció liderada per llevadores i els models convencionals d'atenció al part, concretament sobre l'efecte psicològic, la morbiditat i la mortalitat (123).

Es pot concloure que hi ha evidència internacional suficient per afirmar que el model liderat per llevadores aporta beneficis per les dones de baix risc, però a nivell nacional és un model que no està del tot implantat i, a més, no s'han trobat estudis que exploressin els resultats de part segons el model d'assistència, justificant la necessitat de realitzar un estudi que cobreixi aquest camp de la recerca. Tanmateix, els models d'atenció al part són molt variats segons cada organització exercint un impacte al rol de la llevadora i al mateix temps a l'atenció al part normal (124).

1.3.2. Determinants del procés d'atenció

Professionals competents i motivats

Les interrelacions entre l'estat psicològic de la dona, i els factors socials i fisiològics del part són complexes, i remarquen la necessitat d'un acompanyament "One to one", és a dir d'atenció personalitzada i continuada, característics del model d'atenció liderat per llevadores (MLC)(43). Per tant, els i les professionals d'atenció a la maternitat han de ser educats i entrenats per ser capaços de donar un suport efectiu a les dones durant el treball de part, per poder identificar els trets característics d'una progressió fisiològica del part només observant la dona, els seus comportaments i sentiments (28).

Tot el personal que proporciona assistència durant el treball de part ha de ser personal competent i especialitzat en aquest tipus de cures ja que han de saber detectar desviacions de la normalitat en el procés de part de manera precoç per poder evitar futures complicacions (2). Es recomanen cures de continuïtat en l'atenció al part, el que implica poca variabilitat en les persones de referència i d'atenció personalitzada, l'anomenat "one-to-one care" o "continuity of care"(7,123). Les dones prefereixen professionals competents clínicament però també amb competències multiculturals i comunicatives desenvolupades, i ho identifiquen amb alta qualitat en l'atenció al part (62,125).

De fet, en el model conceptual d'una atenció maternal respectuosa, les professionals tenen un impacte important en els factors relacionats amb l'atenció com: la comunicació, el respecte, la informació i l'educació (125). Pel que es pot deduir que està a les mans dels professionals assegurar un canvi de paradigma de salut perquè l'atenció sigui de qualitat i respectuosa.

Preservació de la dignitat i el respecte

Les dones esperen un tracte humà, professional i cordial durant l'atenció al part, i quan el tracte no és l'adequat és el principal motiu per escollir un altre centre segons les recomanacions rebudes d'altres dones (110). Així doncs, quan no hi ha un tracte correcte les dones poden estar més insatisfetes. Cal que el tracte rebut per la dona i la parella sigui exemplar, amb el màxim respecte i preservant la intimitat en tot moment, i no és acceptable cap tipus de maltractament sigui físic, verbal,

sexual, discriminatori, negligent o d’omissió (2,8), el que podria ser considerat violència obstètrica. La Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. Inclou la definició de violència obstètrica entesa com: “violència que consisteix a impedir o dificultar l’accés a una informació veraç, necessària per a la presa de decisions autònomes i informades. Pot afectar els diferents àmbits de la salut física i mental, incloent-hi la salut sexual i reproductiva, i pot impedir o dificultar a les dones per prendre decisions sobre llurs pràctiques i preferències sexuals, i sobre llur reproducció i les condicions en què es duu a terme, d’acord amb els supòsits inclosos en la legislació sectorial aplicable. Inclou l’esterilització forçada o dificultat per a accedir als mètodes contraceptius o de prevenció d’infeccions de transmissió sexual, i també les pràctiques ginecològiques i obstètriques que no respectin les decisions, el cos, la salut i els processos emocionals de la dona.”(126).

Suport emocional i acompanyament

El suport emocional és un component important del treball de part, ja que un bon suport emocional ha demostrat ser crucial per la dona per poder guanyar confiança en les seves possibilitats per parir. El professional sanitari ha d’estar preparat per poder donar aquest suport de manera efectiva i, per tant, assegurar que el procés de part sigui el més fisiològic possible (2,7).

L’acompanyament a la dona ha de ser continuat, pel que es recomana un model d’atenció liderat per llevadores i, per anar bé, un model que asseguri una continuïtat de cures en l’atenció a l’embaràs, el part i el postpart i, a ser possible, pel mateix equip de professionals (119,120). Les dones que han tingut un suport continuat durant el part tenen més probabilitat de tenir un part vaginal espontani i menys experiències negatives que les que no tenen acompanyament continuat (7).

Quan els i les professionals d’atenció al part estan entrenats per donar aquest suport i acompanyament intrapart a cada dona i d’una manera individualitzada, la satisfacció de les dones es veu augmentada en referència a: el suport rebut, al vincle establert entre la dona i el professional, al vincle establert amb el nadó, i a la capacitat d’iniciació de l’al·letament matern (127). En conclusió, es pot dir que aquest recolzament individualitzat és un facilitador per l’adaptació a la maternitat. La quantitat de suport rebut, la qualitat de la relació entre el professional i la dona, i el nivell d’implicació de la dona en la presa de decisions en el seu procés de part, essent tots aquests factors determinants per assolir la satisfacció materna (99).

També és altament recomanable que la dona estigui acompanyada en tot moment per un acompanyant de part de la seva elecció (8,18). A més a més, si hi ha acompanyant de part cal que

aquest estigui present tota l'estona per poder donar suport a la dona en tot moment, ja que l'evidència indica que la presència d'aquest acompanyant fa que l'experiència de part sigui més positiva (7,128) .

La necessitat fisiològica de suport social i professional per reduir els nivells de dolor i estrès durant el treball de part, requereix ser considerada pels equips d'atenció a la maternitat per replantejar els models d'atenció actuals, no només per l'atenció al part, sinó també, pel seguiment de l'embaràs i el postpart (28). Per aquest motiu, la capacitat d'empatia de les llevadores juga un paper important en la qualitat de la relació entre la dona i aquestes com les seves cuidadores principals, ja que segons la relació, aquesta facilitarà o empitjorarà l'evolució del part (129). A més a més, és important reconèixer i respondre als sentiments i pensaments de la dona quan està de part, ja que això l'apodera i incrementa la seva sensació de benestar, fent que sigui capaç de gestionar les pròpies emocions i es conscienciï de la situació única de cada experiència (130).

Comunicació efectiva

Segons el model conceptual de Renfrew et al. (125) de qualitat assistencial, l'atenció de qualitat es basa en la combinació de diferents factors, entre ells; l'educació, la informació la promoció de la salut, però també la necessitat de promoure un part normal amb mínima intervenció i la identificació de les complicacions per ser tractades de manera precoç, a més d'establir una bona comunicació entre elles i els i les professionals, on aquesta estigui basada en el respecte, la informació i la educació per la salut.

El procés de comunicació amb la dona i la parella ha de ser centrat en la persona, ja que qualsevol intervenció intrapart haurà de ser comentada amb ella i s'haurà de demanar permís explícit per dur-la a terme, incrementant una sensació de control de l'experiència de part (62). La dona i la seva parella necessiten el màxim d'informació per poder prendre decisions conscients i informades durant el procés de part, i aquesta informació ha de ser proporcionada pel professional referent de l'atenció, és a dir, o la llevadora o l'obstetra depenent del tipus de gestació (106,131). L'evidència afirma que donar informació veraç, deixant que la dona participi en el procés afavoreix a que tingui una experiència de part positiva (99).

La intensitat del dolor percebut durant el part

La relació entre la satisfacció i la intensitat del dolor experimentat intrapart és un tema molt estudiat i que té resultats molt variables. Alguns autors sostenen que les experiències molt doloroses poden originar més insatisfacció (132), mentre d'altres han determinat que alts nivells de dolor poden no ser determinants en la satisfacció materna (99). Per altra banda, altres autors sostenen que el record del dolor percebut durant el moment del part sembla anar disminuint amb el temps excepte en les dones

que van tenir una experiència negativa de part. Així doncs, per aquests autors el nivell de dolor experimentat té poca influència amb la satisfacció materna (133).

Quan la dona es sent estressada l'alliberació d'oxitocina s'inhibeix, el que incrementa la sensació de dolor, causant un efecte negatiu sobre la progressió del part ja que pot disminuir les contraccions, desencadenant la cascada d'intervencions obstètriques (28). Un altre factor determinant pot ser la utilització d'analgèsia epidural, ja que pot bloquejar l'alliberació d'oxitocina, fins i tot a nivell cerebral, reduint l'activitat dels mecanismes adaptatius neuroendocrins (41), fent que la dona no experimenti els beneficis de sociabilitat i benestar que proporciona l'oxitocina alliberada, fins i tot, reaccionant de forma diferent amb el nadó en comparació amb les dones que no porten analgèsia (42). De fet, les dones amb analgèsia epidural també refereixen nivells de dolor més alts que les que no n'han requerit (133).

Per altra banda, una dona que realitzi un treball de part fisiològic es beneficiarà de l'efecte socialitzador i analgèsic de l'oxitocina endògena, reduint la sensació de dolor (26,28,32). Però la manca de possibilitats de diferents mètodes d'analgèsia disponibles també pot afectar negativament en l'experiència de part (132).

Segons Withburn et al. (134) les dones que interpreten el dolor com a una cosa productiva i amb un propòsit, ho associen a sentiments i pensaments positius i tenen més capacitat per poder gestionar la sensació de dolor. En canvi les dones que associen el dolor a una amenaça i a sensacions i emocions negatives necessiten més mètodes d'analgèsia per controlar el dolor.

Per concloure, el suport emocional rebut i les possibilitats de diferents mètodes d'analgèsia són factors clau en com la dona percep el dolor, fets que poden estar alterats per intervencions realitzades pel personal sanitari, com l'amniotomia, l'administració d'oxitocina o altres procediments invasius com els tactes vaginals.

[La sensació d'autocontrol i auto-eficàcia percebuda](#)

La sensació de control i d'auto-capacitat per gestionar situacions de dolor i estrès durant el part afavoreixen una major satisfacció, pel que es recomana incrementar un apoderament de la dona i no dependre tant de les estratègies per calmar el dolor intrapart (135). La sensació de dolor i la pèrdua de control també està estretament relacionada, igual que les possibilitats d'analgèsia disponibles (132). Tal i com indica Downe et al. (62), la bona comunicació amb la dona i la parella, i el fet que es sentin participants de l'experiència de part els apoderarà i incrementarà la sensació de control, per aquest motiu és essencial realitzar una atenció centrada en la persona i promoure l'atenció continuada durant el part (120,136).

1.3.3. Determinants dels resultats de l'atenció

Expectatives de part

Les expectatives de part juguen un paper important en la satisfacció de les dones, ja que quan es compleixen les expectatives marcades abans del part la dona sol viure l'experiència com a positiva (99). Degut a l'alta instrumentalització del part és més difícil per les dones nul·líparas assolir les seves expectatives de part i, per tant, solen estar més insatisfetes que les dones múltiples (137).

En alguns casos hi ha conflictes i contradiccions entre els sentiments expressats per l'experiència viscuda i les expectatives del part que tenien, ja que algunes dones refereixen no ser informades per poder prendre decisions conscients (132). Les dones que tenen complicacions intrapart i no se les esperaven també refereixen nivells de satisfacció menors, sobretot en aquelles dones que era la seva primera experiència de part (132). Per exemple, les dones que han tingut el nadó per cesària o aquest ha estat ingressat a la Unitat de Cures Neonatals refereixen menys satisfacció (138). Els i les professionals no poden incidir a les expectatives de part de la dona i la parella, però sí que podem oferir informació realista dels processos d'atenció perquè aquestes expectatives siguin el més realistes possible.

Característiques sociodemogràfiques, culturals i econòmiques maternes

Pel que fa a la paritat de les dones, les múltiples solen tenir més satisfacció general amb el procés de part que les dones nul·líparas (114,137). Això es podria explicar perquè en general les dones múltiples reben menys intervencionisme intrapart que les dones nul·líparas, el que dificulta que assolixin les seves expectatives de part (137). Culturalment també s'han observat diferències en la paritat de les dones, segons el seu país d'origen hi ha major percentatge de dones múltiples en països com Irlanda, Finlàndia i Eslovàquia, o pel contrari major percentatge de dones nul·líparas a països com Espanya, Portugal, Itàlia, Malta i Romania (3).

Referent a l'edat de les dones, alguns autors no han trobat diferències significatives en la satisfacció de les dones segons la seva edat (139), i en canvi segons altres, les mares amb edats més elevades tenen més insatisfacció en el part (138). On sí és determinant l'edat, és en l'elecció del centre per donar a llum, on les dones majors de 25 anys prefereixen donar a llum a una casa de parts que a domicili assistits per un professional (103), i en l'increment d'intervencionisme, on les dones majors de 35 anys tenen una taxa major de cesàries i parts instrumentats (140).

Per altra banda, l'atenció a classes de preparació al part també es considera un factor determinat per incrementar la satisfacció de les dones. Per contra incrementen la insatisfacció en relació al procés de

part l’admissió del nadó a la Unitat de Cures Intensives Neonatals i la percepció personal de la dona de tenir una mala salut (138).

Pel que fa al nivell sociocultural i econòmic de les dones, alguns autors no han trobat diferències en la seva satisfacció (114). Encara que les dones amb majors nivell sociocultural i econòmic decideixen donar a llum a centres d’atenció especialitzats abans que rebre atenció domiciliària (103). Tot i així, aquests resultats potser no serien extrapolables a la nostra població ja que les nostres característiques poblacionals i del sistema sanitari són molt diferents.

1.4. QÜESTIONARIS D'AVALUACIÓ DE LA SATISFACCIÓ MATERNA

Una revisió sistemàtica sobre diferents models de qüestionari de satisfacció de les dones en el procés de part, constatà la dificultat de trobar un bon instrument per poder avaluar-la, atesa la multifactorialitat del procés i les múltiples variables que poden incidir en aquesta satisfacció. Els autors trobaren molta variabilitat entre processos i subjectes entrevistats (98). Seguidament es descriuen alguns dels qüestionaris que es poden utilitzar per avaluar la satisfacció materna en referència al procés de part, encara que és necessari escollir un qüestionari adaptat a la població a estudiar, en aquest cas l'espanyola.

En l'actualitat només es disposa de 5 qüestionaris validats a la llengua espanyola per avaluar la satisfacció materna en relació al procés de part: el *Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ) (38), el *Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire* (WOMBLSQ) (141), el *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCBSRS) (142), el *Birth Satisfaction Scale Revised* (BSS-R) (143) i el *Questionnaire Assessing Childbirth Experience* (QACE) (144). També hi ha el qüestionari BCSQ (145), el qual malauradament encara no ha estat validat a la llengua espanyola.

1.4.1. Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS)

És una escala desenvolupada originalment en la llengua anglesa per Goodman (101) que mesura la satisfacció de les dones en el procés de part i naixement del seu fill de manera fiable i satisfactòria. És un qüestionari auto-completat que consta de 34 ítems agrupats en 5 sub-escala que fan referència; a la dona (9 ítems), a la parella (2 ítems), al recent nascut (3 ítems), a la llevadora (9 ítems) i a l'obstetra (8 ítems). A més, consta de una sub-escala de valoració de l'experiència global que consta de 3 ítems més. Tots els ítems són avaluats amb una escala de Likert de 5 punts que va des de "molt insatisfeta" (1 punt) a "molt satisfeta" (5 punts), amb un valor centre neutre. La puntuació de la satisfacció s'obté sumant tots els valors dels ítems, i també es poden obtenir puntuacions parcials de cada subescala. Com més alta és la puntuació, més satisfacció ha tingut la dona en el procés de part. El qüestionari validat a l'espanyol (142) permet diferenciar la satisfacció percebuda sobre el suport rebut i les opcions d'analgèsia ofertades pel professional, segons si és un obstetra o una llevadora, a més de preguntar sobre la satisfacció global referent a l'entenció rebuda per la llevadora, fet que el qüestionari original no ho contemplava i només preguntava per la satisfacció referent a l'atenció de l'obstetra.

1.4.2. Birth Companion Support Questionnaire (BCSQ)

El BCSQ (145) consta de 17 ítems dissenyats per avaluar com de freqüent és el suport rebut intrapart per cada persona que acompanya a la dona amb una escala de Likert amb 4 possibles respostes: "cap

suport” (0 punts), “poc suport” (1 punt), “la majoria del temps vaig rebre suport” (3 punts), i “vaig rebre suport tot el temps” (4 punts). Si la dona rep més d’una persona de suport també se li pregunta per quin suport valora més per part de les persones acompanyants, per això ha d’identificar amb un número a cada persona acompanyant, per especificar com va ser el suport de cada una d’elles, per exemple; parella (1), germana (2). A major puntuació obtinguda major recolzament obtingut durant el part. Malauradament aquest qüestionari actualment no està validat pel seu ús en llengua espanyola.

1.4.3. Birth Satisfaction Scale Revised(BSS-R)

La versió original del BSS-R va ser desenvolupada amb llengua anglesa per Hollins i Martin (13), i posteriorment ha estat validada a l’espanyol per Romero-Gonzalez et al. (143). És un qüestionari auto administrat que consta de 10 ítems avaluats per una escala de Likert de 5 punts: “totalment d’acord”, “d’acord”, “ni acord ni en desacord”, “en desacord” i “molt en desacord”. Es poden distingir 3 subescales dins del qüestionari: estrès experimentat durant el naixement (SE, 4 ítems), qualitat d’atenció (QC, 4 ítems), i característiques maternes (WA, 2 ítems), que combinats resulten amb la puntuació total del BSS-R. Tot i així, es van detectar limitacions en la seva validació a l’espanyol degut a la poca quantitat de variabilitat en les dades sociodemogràfiques de les participants, pel que es recomanava obtenir resultats més robustos amb una mostra més ampliada i representativa per poder avaluar adequadament la satisfacció materna (143).

1.4.4. Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (WOMBLSQ)

La primera versió del WOMBLSQ va ser dissenyat en llengua anglesa per Smith et al. (146) i constava de 82 ítems que avaluaven 14 dimensions. Posteriorment es va desenvolupar l’última versió (WOMBPNQ4) (147) que consta de 32 ítems i 10 dimensions: suport professional (5 ítems), expectatives (4 ítems), avaluació a domicili (3 ítems), contacte el nadó (3 ítems), suport de la parella (3 ítems), dolor en el part (3 ítems), dolor en el postpart (3 ítems), continuïtat (2 ítems), i ambient i control (2 ítems). Els ítems s’avaluen amb una escala de Likert de 7 punts, des de “totalment en desacord” a “totalment d’acord”. La puntuació de satisfacció s’obté amb la suma de tots els ítems, per tant puntuacions majors refereixen major satisfacció. Va ser validat a l’espanyol a l’any 2013 per Marín-Morales et al. (141), i es va identificar com un bon instrument no només per avaluar la satisfacció, sinó també per avaluar l’efectivitat de l’analgèsia durant el part i el postpart immediat, tot i que es van unificar les preguntes d’aquests ítems a la versió espanyola per poder obtenir validesa interna del qüestionari. També cal considerar que tot i ser una escala validada per valorar la satisfacció al part en espanyol, la mostra utilitzada de Marín-Morales et al. (141) és molt inferior a la de Smith et al (147), pel que es requeririen resultats més robustos per recomanar la seva utilització

1.4.5. Questionnaire Assessing Childbirth Experience (QACE)

El qüestionari QACE va ser creat per mesurar 4 aspectes molt importants de l'experiència de part: la relació amb els i les professionals d'atenció, l'estat emocional, els primers moments amb el nadó i els sentiments materns després d'un mes del part. L'any 2021 va ser validat a l'espanyol per Rodríguez-Coll et al. (144), i es considera una eina vàlida per mesurar la satisfacció materna. Consta de 23 ítems que són avaluats en una escala Likert de 4 punts amb les subcategories següents: “totalment”, “a mitges”, “no del tot” i “gens”, de menys a més puntuació. Els ítems 1, 3, 14, 21, 22 i 23 s'inverteixen les puntuacions perquè avaluen experiències negatives. La puntuació global de satisfacció i dels dominis s'obté fent la mitjana de puntuacions. Malauradament, no s'ha pogut administrar aquest instrument durant la recollida de dades en el present estudi, per millorar la solidesa externa al qüestionari utilitzat, donat que en aquell moment aquest qüestionari no estava validat pel seu ús.

1.4.6. Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)

L'any 2010, Dencker et al. (148) varen dissenyar un qüestionari amb llengua sueca per avaluar la satisfacció de les dones en el procés d'embaràs, part i postpart amb 22 ítems estructurats amb 4 dimensions: participació, percepció de control, suport professional, autoeficàcia i autocontrol. Dinou dels ítems són avaluats amb una escala de Likert de 4 punts: de totalment d'acord a totalment en desacord, i 3 ítems (nivell de dolor, control i seguretat) són avaluats amb una Escala Visual Analògica (VAS) que posteriorment es passa a Likert per ser avaluada amb els altres ítems i integrada en els dominis. Més tard, es va validar al Regne Unit per Walker et al. (14,149) a la llengua anglesa, al xinès (37) i al danès (36). L'any 2016 es va validar el seu ús a l'espanyol per Soriano-Vidal. (38), els quals consideren que és una bona eina per determinar les percepcions de la dona durant el part a la població espanyola.

En l'actualitat, hi ha poca evidència de la satisfacció de les dones en relació al procés de part utilitzant el qüestionari CEQ (150), ja que la majoria d'estudis que l'han utilitzat ho han fet per validar l'escala (14,36,37,148), aportant només dades dels seus dominis però no de la satisfacció a nivell global. Per tant s'identifica la necessitat de més recerca en aquest camp per poder contrastar resultats i mesurar la seva efectivitat. Tanmateix, els nivells de satisfacció de les dones és un tema d'actualitat en el nostre país on el procés de revisió de qualitat dels sistema sanitari està en plena expansió (151), permetent que s'explorin àrees de l'atenció clínica on s'identifiquin necessitats de millora i al mateix temps promoure la participació de les persones.

2. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

2.1. HIPÒTESIS

Aquest estudi pretén identificar la satisfacció materna segons les característiques sociodemogràfiques de les dones i les característiques clíniques relacionades amb el nivell d'intervencionisme que es produeix en els diferents parts.

Les **hipòtesis** plantejades són les següents:

1. La satisfacció de les dones relacionada amb l'atenció rebuda en el part és alta.
2. Els parts eutòcics, d'inici espontani i la utilització de mesures analgèsiques no farmacològiques influeixen positivament en la satisfacció materna.
3. L'intervencionisme intrapart influeix negativament en la satisfacció materna.

2.2. OBJECTIUS

L'**objectiu general** de l'estudi és analitzar la satisfacció de les dones segons les variables sociodemogràfiques i clíniques relacionades amb l'intervencionisme de part.

Els **objectius específics** que se'n desprenen són:

1. Descriure les característiques sociodemogràfiques de la població d'estudi.
2. Descriure les característiques clíniques de les dones relacionades amb l'assistència i identificar l'intervencionisme intrapart.
3. Analitzar les característiques sociodemogràfiques de les dones segons les variables clíniques d'assistència al part .
4. Identificar el nivell de satisfacció de les dones en el treball de part.
5. Analitzar les característiques sociodemogràfiques segons el nivell de satisfacció de les dones en el part.
6. Analitzar la relació de les característiques clíniques i l'intervencionisme intrapart amb el nivell de satisfacció de les dones durant el procés de part.
7. Identificar les variables predictores de la satisfacció de les dones en el procés de part..

3. METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1. Disseny de l'estudi

S'ha dut a terme un estudi transversal, descriptiu i analític.

3.2. Àmbit d'estudi

Unitat Obstètrica de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, on s'atenen una mitjana de 1300 parts/any, i tot i que és una unitat d'alt risc obstètric també s'atenen parts de baix risc. És la unitat obstètrica de referència per l'atenció de gestacions d'alt risc de la demarcació de Girona, pel que rep derivacions d'altres centres pel control de la gestació i el part. A més, també és l'únic hospital de la demarcació que atén parts de grans prematurs, és a dir, de menys de 28 setmanes de gestació, disposant de l'única Unitat de Cures Intensives Neonatals (UCIN) de la Regió Sanitària de Girona.

3.3. Població

Dones assistides durant el part a la unitat obstètrica de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta durant l'abril del 2017 fins el setembre del 2018.

3.4. Criteris d'Inclusió i d'Exclusió

Es porten a terme els següents criteris d'inclusió:

- Dones que hagin estat assistides durant el part a la unitat obstètrica seleccionada
- Parts vaginals eutòcics
- Parts vaginals instrumentats
- Cesàries amb treball de part
- Haver firmat el consentiment informat de l'estudi

I es tenen en compte els següents criteris d'exclusió:

- Cesàries programades
- Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs (IVE) o Interrupcions Legals de l'Embaràs (ILE)
- No voluntat de participar a l'estudi
- Parts extramurs o trasllats postpart
- Dificultat idiomàtica que impedeixi l'ompliment del qüestionari
- No haver contestat a la totalitat de les preguntes del qüestionari

3.5. Mostra

Calculant la mitjana de parts anuals de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, s'ha calculat la mida de la mostra necessària amb un interval de confiança del 95%, un marge d'error del 5% i una distribució de la mostra del 50% (1330 parts/any), resultant una mostra de 299 dones.

De la mostra total obtinguda de 375 participants, es van excloure 74 dones (19,7%); 53 per no disposar de totes les dades requerides a l'estudi o bé per no complimentar el qüestionari correctament, i 21 per no complir els criteris d'inclusió. Conseqüentment, la **mostra final** d'estudi va ser de **301 dones**.

3.6 Procediment de mostreig

S'ha dut a terme un mostreig no probabilístic amb un reclutament consecutiu des del dia 28 d'abril del 2017 fins el dia 30 d'octubre del 2018 a la planta de maternitat de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona. Es va demanar la participació a 469 dones que complien els criteris d'inclusió, d'aquestes 375 van accedir a participar, pel que la **taxa de participació** a l'estudi va ser del 79,95%.

3.7. Variables estudiades

Variables sociodemogràfiques

Per conèixer les característiques generals i sociodemogràfiques de les dones ateses al part s'han estudiat les variables descrites a continuació:

- **Edat:** Edat de les participants. Variable quantitativa discreta.
- **Edat agrupada:** Edat de les participants. Variable quantitativa convertida en qualitativa ordinal amb 3 subcategories: de 16 a 29 anys, de 30 a 39 anys i 40 o més anys.
- **Nivell d'estudis:** Nivell d'estudis finalitzat de les participants. Variable qualitativa ordinal amb 3 subcategories: Obligatoris, Superiors (Batxillerat, FP), Universitaris.
- **Estat ocupacional:** Estat ocupacional de les participants en el moment de l'estudi. Variable qualitativa nominal amb 4 subcategories: Tasques de la llar, Treballadora en compte propi, Contractada, en Situació d'atur/Estudiant. Aquesta variable s'ha transformat en qualitativa dicotòmica per facilitar l'anàlisi de dades en dos subcategories: ocupada o a l'atur.
- **Origen:** Nacionalitat de les participants. Variable qualitativa nominal. Aquesta variable s'ha transformat en qualitativa dicotòmica per facilitar l'anàlisi de dades en dos subcategories: autòctona o immigrant.
- **Estat de convivència:** Estat de convivència de les participants en el moment de l'estudi. Variable qualitativa nominal amb 4 subcategories: soltera, viu en parella, casada, viuda. Aquesta variable

s’ha transformat en qualitativa dicotòmica per facilitar l’anàlisi de dades en dos subcategories: viu en parella o soltera.

Pel que fa a les variables relacionades amb al seguiment de l’embaràs, s’han estudiat les següents variables per identificar el tipus d’assistència rebuda.

- **Assistència a classes de preparació al naixement:** variable qualitativa dicotòmica (si/no).
- **Presència acompanyant:** Presència d’acompanyat durant el procés de part. Variable qualitativa dicotòmica (sí o no).

Variables clíniques

Per conèixer les característiques clíniques relacionades amb l’atenció al part s’ha estudiat les variables següents:

- **Tipus de part:** Tipus de part segons el tipus d’expulsiu ocorregut. Variable qualitativa nominal en 4 subcategories: vaginal sense anestèsia (natural), vaginal amb anestèsia peridural, vaginal instrumentat, cesària intrapart.
- **Tipus de part agrupada:** Tipus de part segons el tipus d’expulsiu ocorregut reconvertida en variable dicotòmica qualitativa nominal amb 2 subcategories: eutòcic (vaginal amb i sense anestèsia) o distòcic (instrumentat i cesàries intrapart).
- **Paritat:** quantitat d’embarassos viables (≥ 24 sg) que han tingut les participants abans d’aquest últim embaràs. Variable qualitativa nominal dividida en 2 grups: nul·líparas (dona que no ha tingut cap part anterior), multíparas (1 o més parts anteriors).
- **Professional d’assistència a l’expulsiu:** variable qualitativa nominal dicotòmica; Llevadora o Llevadora Resident (LLIR) o Obstetra o Metge Resident (MIR) en Ginecologia i Obstetrícia.
- **Edat gestacional:** Setmanes de gestació del nadó en el moment del part, variable quantitativa contínua. Aquesta variable s’ha transformat en qualitativa dicotòmica per facilitar l’anàlisi de dades en dos subcategories: preterme (< 37 setmanes de gestació) o a terme (≥ 37 setmanes de gestació).
- **Inici de part:** Manera com s’ha iniciat la dona al part. Variable qualitativa dicotòmica amb les subcategories de part espontani (dona que es posa de part de manera espontània) o part induït (dona que requereix medicació específica per iniciar el seu treball de part, normalment amb una indicació mèdica).
- **Utilització d’oxitòcics:** La utilització d’oxitòcics (oxitocina sintètica endovenosa) durant el procés de part amb la finalitat d’augmentar la dinàmica uterina i accelerar el treball de part. Variable qualitativa dicotòmica (sí o no).

- **Utilització d'analgèsia intrapart:** Utilització de qualsevol tipus d'analgèsia intrapart. Variable qualitativa dicotòmica (sí o no).
- **Mesures d'analgèsia intrapart:** Variable qualitativa nominal multi-resposta amb opció de 7 subcategories: termoteràpia (bossa d'aigua calenta), hidroteràpia (dutxa/banyera), massatge, esferodinàmia (pilota), anestèsia peridural o anestèsia raquídia/general, o absència de mesures d'analgèsia.
- **Mesures d'analgèsia agrupades:** Variable qualitativa nominal. Segons el tipus d'analgèsia utilitzada s'han agrupat en 4 subcategories: sense analgèsia, analgèsia farmacològica (analgèsia epidural, raquídia o general), analgèsia no farmacològica (massatge, esferodinàmia, termoteràpia o hidroteràpia) i analgèsia combinada (farmacològica i no farmacològica).
- **Categorització de risc de l'embaràs:** Estat de categorització de risc de l'embaràs abans del part. Variable qualitativa ordinal amb 4 subcategories: baix, mig, alt o molt alt risc, que s'ha categoritzat en dues subcategories per facilitar el seu anàlisi posterior: baix risc o alt risc.
- **Ingrés a Unitat de Cures Intensives Neonatal (UCIN):** Ingrés del nou-nat a la UCIN durant les primeres 24h de vida. Variable qualitativa dicotòmica (sí o no).
- **Valor Test Apgar als 5 minuts de vida:** Valoració realitzada del test Apgar amb valors del 0 al 10. Variable quantitativa discreta. Transformada a variable qualitativa dicotòmica amb dos subgrups per facilitar el seu anàlisi: ≤ 8 o >7 .
- **Nivell de Dolor VAS:** Nivell de dolor percebut durant el part mesurat amb l'Escala Analògica Visual del 0 al 10 (VAS), essent 0 el valor mínim de dolor percebut i 10 el màxim dolor percebut. Variable quantitativa discreta. Ítem 20 del qüestionari CEQ.
- **Nivell de Control VAS:** Sensació de control percebut durant el part mesurat amb l'escala analògica visual del 0 al 10 (VAS), essent 0 el valor mínim de control percebut i 10 el màxim control percebut. Variable quantitativa discreta. Ítem 21 del qüestionari CEQ.
- **Nivell de Seguretat:** Seguretat percebuda durant el part mesurada amb l'Escala Analògica Visual del 0 al 10 (VAS), essent 0 el valor mínim de seguretat percebuda i 10 la màxima seguretat percebuda. Variable quantitativa discreta. Ítem 22 del qüestionari CEQ.

Variables relacionades amb l'intervencionisme

Segons la descripció de la cascada d'intervenció obstètrica, s'han seleccionat les variables clíniques que s'entenen com a intervenció obstètrica, les quals són les següents: administració d'oxitocina intrapart, utilització d'analgèsia epidural, inducció de part, part instrumentat i part per cesària. S'han creat 4 variables diferents per explorar el nivell d'intervenció:

- **Nombre d'intervencions intrapart:** Variable quantitativa discreta que mesura el nombre d'intervencions realitzades intrapart. Les intervencions seleccionades són: administració d'oxitocina intrapart, utilització d'analgèsia epidural, inducció de part, i part instrumentat o part per cesària (a escollir o un o l'altre segons tipus de part). Valors de 0 a 4.
- **Segons el nombre d'intervencions també s'han desglossat les següents variables:**
 - **Una sola intervenció intrapart:** Variable qualitativa nominal. Segons el tipus d'intervenció utilitzada s'han agrupat en 5 subcategories: administració d'oxitocina intrapart, utilització d'analgèsia epidural, inducció de part, part instrumentat o part per cesària.
 - **Dues intervencions intrapart:** Variable qualitativa nominal. Segons el dos tipus d'intervencions utilitzades de manera combinada s'han agrupat en 9 subcategories:
 - Oxitocina + Inducció (Grup 1)
 - Oxitocina + Epidural (Grup 2)
 - Oxitocina + Part instrumentat (Grup 3)
 - Oxitocina + Part cesària (Grup 4)
 - Epidural + Inducció (Grup 5)
 - Epidural + Part instrumentat (Grup 6)
 - Epidural + Part cesària (Grup 7)
 - Inducció + Part instrumentat (Grup 8)
 - Inducció + Part cesària (Grup 9)
 - **Tres intervencions intrapart:** Variable qualitativa nominal. Segons els tres tipus d'intervencions utilitzades de manera combinada s'han agrupat en 7 subcategories:
 - Oxitocina + Inducció + Epidural (Grup 1)
 - Oxitocina + Epidural + Part instrumentat (Grup 2)
 - Oxitocina + Epidural + Part instrumentat (Grup 3)
 - Inducció + Epidural + Part instrumentat (Grup 4)
 - Inducció + Epidural + Part cesària (Grup 5)
 - Inducció + Oxitocina + Part instrumentat (Grup 6)
 - Inducció + Oxitocina + Part cesària (Grup 7)
 - **Quatre intervencions intrapart:** Variable qualitativa nominal. Segons els quatre tipus d'intervencions utilitzades de manera combinada s'han agrupat en 2 subcategories:

- Inducció + Oxitocina + Epidural + Part instrumentat (Grup 1)
- Inducció + Oxitocina + Epidural + Part cesària (Grup 2)

Variables relacionades amb la satisfacció

La satisfacció de les dones s'ha estudiat mitjançant les següents variables:

- **Nivell de satisfacció al part:** Variable quantitativa contínua amb un valor entre 1 punt i 4 punts. Mesura el nivell de satisfacció de les dones relacionat amb el procés de part i la puntuació de 1 seria molt insatisfeta i 4 molt satisfeta. Aquesta variable és obtinguda a partir de la mitjana aritmètica de la puntuació dels 22 ítems del qüestionari CEQ.
- **Capacitat Personal percebuda per afrontar-se al treball de part:** Variable qualitativa ordinal i transformada a variable quantitativa discreta amb l'escala de Likert de l'1 (totalment en desacord) al 4 (totalment d'acord). Mesura la capacitat personal percebuda de la dona per afrontar-se al treball de part.
- **Percepció de Seguretat per afrontar-se al treball de part:** Variable qualitativa ordinal de 4 subcategories: totalment en desacord, bastant en desacord, bastant d'acord i totalment d'acord, i transformada a variable quantitativa discreta amb l'escala de Likert de l'1 (totalment en desacord) al 4 (totalment d'acord). Mesura la seguretat percebuda de la dona per afrontar-se al treball de part
- **Suport Professional rebut durant el treball de part:** Variable qualitativa ordinal de 4 subcategories: totalment en desacord, bastant en desacord, bastant d'acord i totalment d'acord, i transformada a variable quantitativa discreta amb l'escala de Likert de l'1 (totalment en desacord) al 4 (totalment d'acord). Mesura la percepció de suport professional rebut de la dona durant el treball de part
- **Participació percebuda durant el treball de part:** Variable qualitativa ordinal de 4 subcategories: totalment en desacord, bastant en desacord, bastant d'acord i totalment d'acord, i transformada a variable quantitativa discreta amb l'escala de Likert de l'1 (totalment en desacord) al 4 (totalment d'acord). Mesura la participació percebuda de la dona durant el treball de part.

3.8. Instruments

Per la realització d'aquest estudi s'ha utilitzat els següents instruments per la recollida de dades:

Qüestionari ad hoc

Per l'estudi de les variables sociodemogràfiques i de seguiment de l'embaràs s'ha utilitzat el qüestionari ad hoc auto-administrat d'elaboració pròpia. Consta de 14 ítems basats en l'evidència científica (**Annex I**).

Graella de recollida de dades

Per l'estudi de les variables clíniques s'ha utilitzat una graella de recollida de dades d'elaboració pròpia (**Annex II**). Les variables clíniques s'han obtingut a partir de l'accés al llibre de parts i a la base de dades d'història clínica on es registren totes les dades del part.

Qüestionari Childbirth experience questionnaire (CEQ)

El qüestionari CEQ validat a l'Espanyol (**Annex III**) (38), s'ha utilitzat per la recollida de dades de les variables relacionades amb el nivell de satisfacció al part de les dones. Aquest qüestionari inclou un total de 22 preguntes relacionades amb el nivell de satisfacció de les gestants envers el procés del part, de les quals 18, per la seva anàlisi, s'han categoritzat cadascuna d'elles en una variable ordinal amb 4 categories (totalment d'acord, bastant d'acord, bastant en desacord, totalment en desacord), i les 3 restants es valoren en escala de VAS (de 0 a 10 punts). Al mateix temps, tots els ítems del CEQ s'han transformat numèricament per la seva anàlisi a l'escala de Likert del 1 al 4. Algunes preguntes tenen la puntuació invertida ja que tenen una connotació negativa. El sumatori de tots els ítems del qüestionari en puntuació Likert més la mitjana aritmètica expressa el nivell de satisfacció global, que va d'1 punt (mínima satisfacció) a 4 punts (màxima satisfacció).

A més a més, el qüestionari es divideix en 4 dominis de la satisfacció que valoren: la capacitat personal (CEQ-CP) el qual consta de 8 ítems, el suport professional (CEQSP) el qual consta de 5 ítems, la percepció de seguretat (CEQS) el qual consta de 7 ítems i la participació (CEQP) el qual consta de 3 ítems (**Taula 1**). Cada domini és el resultat del sumatori i la mitjana aritmètica de totes les preguntes i ha estat transformat en una variable contínua discreta per facilitar la seva anàlisi, amb un valor mínim de 1 punt (menys satisfacció) i un valor màxim de 4 punts (molta satisfacció).

Taula 1. Ítems CEQ agrupats per dominis

Ítem CEQ	Domini (CEQ-CP)	Categorització específica
P 1	El parto fue como esperaba.	
P 2	Me sentí fuerte durante el parto.	
P 4	Me sentí capaz durante el parto	
P 5	Me sentí cansada durante el parto..	Puntuació invertida a l'escala de Likert de 4 punts (totalment en desacord) a 1 punt (totalment d'acord)
P 6	Me sentí feliz durante el parto.	
P 19	Me sentí capaz de manejar bien la situación.	
P 20	En general durante el parto, ¿sentiste dolor?. (Escala de VAS del 0 al 10).	Likert amb puntuació invertida: 4 punts (0-4 VAS), 3 punts (5-6 VAS), 2 punts (7-VAS) i 1 punt (9-10 VAS). .
P 21	En general durante el parto, ¿sentiste que tenías control?. (Escala de VAS del 0 al 10)	Likert: 4 punts (10-9 VAS), 3 punts (7-8 VAS), 2 punts (5-6 VAS) i 1 punt (0-4 VAS).
Ítem CEQ	Domini (CEQ-SP)	Categorització específica
P 3	Tenía miedo durante el parto. Variable amb puntuació invertida	
P 7	Tengo muchos recuerdos positivos del parto	
P 8	Tengo muchos recuerdos negativos del parto.	Puntuació invertida a l'escala de Likert de 4 punts (totalment en desacord) a 1 punt (totalment d'acord)
P 9	Me ponen triste algunos recuerdos del parto	Puntuació invertida a l'escala de Likert de 4 punts (totalment en desacord) a 1 punt (totalment d'acord)
P 18	Me dio seguridad la competencia de los profesionales	
P 12	En general durante el parto, ¿te sentiste segura?.	
P 22	En general durante el parto, ¿te sentiste segura?. (Escala de VAS del 0 al 10)	Likert: 4 punts (10-9 VAS), 3 punts (7-8 VAS), 2 punts (5-6 VAS) i 1 punt (0-4 VAS).
Ítem CEQ	Domini (CEQ-S)	
P 13	La matrona me dedicó la atención necesaria.	
P 14	La matrona dedicó la atención necesaria a mi pareja.	
P 15	La matrona me mantuvo informada sobre todo lo que estava pasando durante el parto.	
P 16	La matrona entendió mis necesidades.	
P 17	Me sentí muy bien atendida por la matrona.	
Ítem CEQ	Domini (CEQ-P)	
P 10	Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada.	
P 11	Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebè.	
P 12	Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor.	

Variables qualitatives ordinals de 4 subcategories: totalment en desacord (4 punts), bastant en desacord (3 punts), bastant d'acord (2 punts) i totalment d'acord(1 punt), i transformada a variable quantitativa discreta amb l'escala de Likert del 1 al 4

3.9. Procediment

S’ha demanat la participació a l’estudi a totes les dones que complien els criteris d’inclusió i cap dels d’exclusió i han estat assistides al part a la Unitat Obstètrica de l’Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta en aquest període i s’ha obtingut el seu consentiment informat. Durant la seva estada a la planta de maternitat han autocompletat el qüestionari ad-hoc (**Annex I**) i el qüestionari de satisfacció CEQ (**Annex III**). Les variables clíniques i demogràfiques de les dones s’han obtingut per part de la investigadora del llibre de parts i la història clínica (**Annex II**).

3.10. Anàlisi de dades

S’ha realitzat una anàlisi descriptiva univariant amb els estadístics de tendència central (mitjana i mediana) i dispersió (desviació estàndard o rang interquartílic) de les variables numèriques. Les variables categòriques s’expressen en freqüències i percentatges. L’anàlisi bivariant s’ha utilitzat en el cas que les dades numèriques es distribuïssin en tendència normal, la prova T de Student per obtenir la mitjana dels dos grups independents i la prova ANOVA per a més de dos grups, i en cas contrari s’ha fet servir el test de Kruskal Wallis i U de Mann-Whitney. Per a les variables categòriques s’ha utilitzat la prova Khi quadrat de Pearson, o el Test de Fisher quan els recomptes esperats eren inferiors a 5. Per relacionar dues variables numèriques s’ha utilitzat la correlació de Pearson. També s’ha realitzat una anàlisi multivariant de regressió lineal per estimar les relacions entre diferents variables.

Els resultats s’han considerat significatius si el p valor $\leq 0,05$. Per l’anàlisi s’ha utilitzat el programa estadístic SPSS per a Windows versió 25.

3.11. Aspectes ètics

Aquest estudi d’investigació respecte els principis ètics d’investigació actualment vigents segons la declaració de Helsinki(152) i respectant el Codi de Bones Pràctiques (CBP)(153). S’ha garantit l’anonimat i la confidencialitat de les dades seguint la Llei Orgànica Espanyola de protecció de dades de caràcter personal 15/1999 (154), vigent en el moment de la recollida de dades. S’ha informat als participants de l’objectiu de l’estudi, la qual ha estat voluntària i precisava de firmar un consentiment informat (**Annex IV i V**), i llegir un full informatiu (**Annex VI i VII**), amb cap conseqüència derivada de la decisió de no participar en l’estudi.

El pla d’investigació es va presentar al Cap del Servei de Ginecologia i Obstetrícia, a la Supervisora d’Infermeria de Sala de Parts i Maternitat, i al Comité d’Ètica i Investigació mèdica (CEIm) de l’Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta obtenint la seva aprovació amb el codi: 2017.044 (**Annex VIII**).

4. RESULTATS

4.1. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LES PARTICIPANTS

Un total de 469 dones assistides a la Unitat Obstètrica de l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta van ser contactades per participar al present estudi, i 375 d'aquestes van accedir a participar. La taxa de resposta del present estudi va ser del 79,95%. De les 375 dones participants es van excloure 74 dones (19,7%); 53 per no disposar de totes les dades requerides o bé per no complimentar el qüestionari correctament, i 21 per no complir els criteris d'inclusió o complir els d'exclusió. La mostra final va ser de 301 dones després de firmar el consentiment informat i respondre completament el qüestionari CEQ en Espanyol (38). La mitjana d'edat de les dones participants fou de 32,57 (DS:5,47) anys, amb edats compreses entre els 16 i els 46 anys. El 65,4% (n=197) de les dones tenia entre 30 i 39 anys, el 26,2% (n=79) entre 16 i 29 anys, i el 8,3% (n=23) més de 40 anys. A la **Taula 2** s'exposen les característiques sociodemogràfiques estudiades de les dones participants.

El 71,1 % (n=214) de les dones tenia una feina en actiu; el 61,8% (n=186) de les quals treballava com a assalariada, i el 9,8% (n=28) com a treballadora en compte pròpia. A més a més, el 28,9% (n=87) de les dones manifestà no tenir un treball en actiu, de les quals un 20,3% (n=61) es dedicava exclusivament a les tasques de la llar (**Taula 2**).

Per altra banda, el 47,8% (n=144) manifestaven tenir estudis universitaris, mentre que el 30,9 % (n=93) tenien estudis superiors i el 21,3% (n=64) estudis obligatoris. Pel que fa a la convivència, el 90,4% (n=272) vivien en parella. L'origen de les dones era divers, el 70,1% (n=211) eren de nacionalitat espanyola, mentre que el 29,9% (n=90) restant eren de 24 nacionalitats diferents, com per exemple d'origen hondureny (10%; n=30), marroquí (5,3%; n=16), romanès (4,7%; n=14), colombià (1,3%; n=4), rus (1%; n=3) i ucraïnès (1% n=3), i altres orígens amb representacions de menys del 1% del total (6,4%, n=20) (**Taula 2**).

El 96,7% (n=291) de les dones van estar acompanyades durant el part; de les quals el 88% (n=265) eren acompanyades per la seva parella, i el 8,6%(n=26) per un familiar o un amic. Per contra, només el 3,3% (n=10) de les dones no van tenir acompanyant durant el part (**Taula 2**).

Taula 2. Característiques Sociodemogràfiques de les dones (n=301)			
Característiques	n	%	M (DS)
Edat materna (anys)			32,57 (5,47)
16-29	79	26,2	
30-39	197	65,4	
>40	25	8,3	
Origen			
Autòctona	211	70,1	
Immigrant	90	29,9	
Nivell d'estudis			
Obligatori	64	21,3	
Especialitzats (Batxillerat, FP)	93	30,9	
Superiors (Universitaris)	144	47,8	
Estat ocupacional			
Actiu	214	71,1	
A l'atur	87	28,9	
Estat de convivència			
Viu en parella	272	90,4	
Soltera	29	9,6	
Assistència a classes de preparació al naixement			
Si	159	52,8	
No	142	47,2	
Presència d'acompanyant durant el part			
Si	291	96,7	
No	10	3,3	

4.2. CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques RELACIONADES AMB L'ATENCIÓ I L'INTERVENCIóNISMEDel Part

Pel que fa a les característiques clíniques de les dones participants el 52,2% (n=157) de les dones foren múltiples, i el 87,7% (n=264) van tenir un part a terme, de més de 37 setmanes. Respecte a la categorització de risc d'embaràs, el 55,5% (n=167) de les gestacions van ser de risc alt o molt alt, i el 66,4% (n=200) dels parts van tenir un inici de part espontani. El 70,8% (n=213) dels parts foren eutòcics; dels quals el 22,2% (n=67) parts naturals, i el 48,5% (n=146) restant parts vaginals amb analgèsia epidural. Els parts distòcics representen un 29,2% (n=88) del total, dels quals el 19,6% (n=146) foren parts instrumentats i 9,6% (n=29) cesàries itinerants. Pel que fa a l'atenció al part, es va utilitzar l'oxitocina endovenosa intrapart en el 74,1% (n=223), i els parts van ser atesos per la llevadora o LLIR en el 53,5% (n=161) dels casos. **(Taula 3).**

Taula 3. Característiques Clíniques de les dones i nadó I (n=301)			
Característiques	n	%	M (DS)
Paritat			
Nul·lípara	144	47,8	
Multípara	157	52,2	
Categorització risc d'embaràs			
Baix o Mitjà	134	44,5	
Alt o molt alt	167	55,5	
Inici de part			
Esportani	200	66,4	
Induït	101	33,6	
Utilització d'oxitocina intrapart			
Sí	223	74,1	
No	78	25,9	
Tipus de part (dicotòmica agrupada)			
Eutòcic	213	70,8	
Distòcic	88	29,2	
Tipus de part			
Vaginal natural	67	22,2	
Vaginal amb analgèsia Epidural	146	48,5	
Instrumentat	59	19,6	
Cesària itinerant	29	9,6	
Professional d'atenció a l'expulsiu			
Llevadora o LLIR	161	53,5	
Obstetra o MIR	140	46,5	
Apgar als 5 minuts de vida			9,86 (0,54)
≥8	298	99,0	
≤ 7	3	1,0	
Edat gestacional			39,02 (2,3)
Preterme (25-36 sg)	37	12,3	
Terme (≥37 sg)	264	87,7	
Edat gestacional categoritzada			
Gran prematur (25-28 sg)	1	0,3	
Prematur (29-36 sg)	36	12	
Terme(37-41 sg)	262	87	
Post-terme (42 sg)	2	0,7	
Ingrés nadó UCIN			
Sí	31	10,3	
No	270	89,7	

Respecte als mètodes d’analgèsia utilitzats durant l’atenció al part, el 92,3% (n=278) de les dones van utilitzar algun tipus de mètode d’analgèsia intrapart. Segons les mesures analgèsiques utilitzades, el 44,5% (n=134) de dones van utilitzar la combinació de mètodes farmacològics i no farmacològics, el 33,2% (n=100) van utilitzar exclusivament mètodes farmacològics, i el 14,6% (n=44) només van utilitzar mètodes no farmacològics. Pel que fa als mètodes no farmacològics utilitzats, l’esferodinàmia va ser el mètode més habitual per les dones (n=135; 44,9%), seguit per l’hidroteràpia (n=72; 23,9%), la termoteràpia (n=72; 23,9%), i el massatge (n=53; 17,6%). Finalment, només un 7,6% (n=23) de les dones van escollir no utilitzar cap mètode d’analgèsia intrapart (**Taula 4**).

Taula 4. Característiques Clíniques de les dones II (n=301)		
Característiques	n	%
Utilització d’analgèsia intrapart		
Si	278	92,3
No	23	7,6
Mesures d’analgèsia utilitzades agrupada		
Sense mesures	23	7,6
Farmacològiques	100	33,2
No farmacològiques	44	14,6
Combinació farmacològiques i no farmacològiques	134	44,5
Mesures d’analgèsia utilitzades		
Analgèsia Peridural	228	75,7
Esferodinàmia	135	44,9
Termoteràpia	72	23,9
Hidroteràpia	72	23,9
Massatge	53	17,6
Sense mesures	23	7,6
Anestèsia Raquídia	6	2,0

Referent al nivell d’intervencionisme intrapart, un total de 250 dones (83%) van rebre alguna intervenció obstètrica durant el treball de part. El 6,6% (n=20) de les dones en van rebre una, un 33,2% (n=100) en van rebre almenys dues i un 31,2% (n=94) en van rebre 3. Finalment, el 12,0% (n=36) se’ls va aplicar la cascada d’intervenció obstètrica amb una inducció al part, administració d’oxitocina i analgèsia epidural, les quals van resultar amb un part instrumentat (n= 22; 7,3%), representant el 37,2% del total de parts instrumentats, o una cesària intrapart (n= 14; 4,7%) representant el 48,2% dels parts per cesària. La mitjana d’intervencions realitzades fou de 2,58 (DS:0,83) (**Taula 5**).

Segons el nombre d'intervencions, l'aplicada més freqüentment i de manera aïllada fou la inducció de part (n=10; 50%) el que correspon al 3,3% del total, seguit per l'analgèsia epidural (n=8; 40%) el que correspon al 2,7% del total, i finalment l'administració d'oxitocina intrapart (n=2; 10%), el que correspon al 0,7% del total. Quan es van aplicar dues intervencions, la combinació més utilitzada fou l'administració d'analgèsia epidural amb oxitocina (n=88; 88,0%), el que correspon el 29,2% de tots els parts. Quant a l'aplicació de 3 intervencions combinades, la combinació més utilitzada fou la inducció amb analgèsia epidural i administració d'oxitocina (n=48; 51,1%), el que correspon al 15,9% de tots els parts, i l'administració d'oxitocina amb analgèsia epidural i part instrumentat (n=35; 37,2%), el que correspon al 11,6% de tots els parts (**Taula 5**).

Taula 5. Característiques de les intervencions de part segons el nivell d'intervencionisme realitzat (n=250)			
Característiques de les intervencions	n	% Grup n=250	% Total N=301
Una intervenció	20	8	6,6
Inducció	10	50	3,3
Oxitocina	2	10	0,7
Epidural	8	40	2,7
Dues intervencions	100	40	33,2
Oxitocina + inducció	4	4,0	1,3
Oxitocina + epidural	88	88,0	29,2
Epidural + inducció	2	2,0	0,7
Epidural + instrumentat	1	1,0	0,3
Epidural + cesària	5	5,0	1,7
Tres intervencions	94	37,6	31,2
Oxitocina + epidural + inducció	48	51,1	15,9
Oxitocina + epidural + instrumentat	35	37,2	11,6
Oxitocina + epidural + cesària	10	10,6	3,3
Inducció + oxitocina + instrumentat	1	1,1	0,3
Quatre intervencions	36	14,4	12,0
Instrumentat + inducció + oxitocina + epidural	22	8,8	7,3
Cesària + inducció + oxitocina + epidural	14	5,6	4,7
Cap intervenció de part	51		16,9

Variables clíniques segons la categorització de risc de l'embaràs

Els parts de risc baix o mitjà van ser exclusivament parts a terme, les gestacions de risc alt o molt alt tingueren un percentatge molt elevat de parts a terme ($n=130$; 77,8%) i un percentatge molt baix de parts preterme ($n=37$; 22%)($p\leq 0,01$; $V=0,33$). Les gestacions categoritzades de risc alt o molt alt foren assistides durant l'expulsiu per un major percentatge de Obstetres o Metges Interns Residents (MIRs) ($n=91$; 54,5%), i les gestacions de risc baix o mitjà foren assistides a l'expulsiu principalment per Llevadores o Llevadores Internes Residents (LLIRs) ($n=85$; 63,4%)($p\leq 0,01$; $V=0,18$). Les gestacions categoritzades d'alt o molt alt risc tingueren un inici de part espontani del 61,1% ($n=102$), per contra un 73% ($n=98$) de les gestacions de risc baix o mitjà tingueren un inici espontani ($p=0,03$; $V=0,13$). També es va observar una major utilització d'oxitocina intrapart en gestacions categoritzades d'alt risc o molt alt risc ($n=132$; 79%) comparada amb les de risc baix o mitjà ($n=91$; 67,9%)($p=0,03$; $V=0,13$) **(Taula 6)**.

Pel que fa al tipus de part segons la categorització del risc d'embaràs, el percentatge d'embarassos d'alt o molt alt risc va ser lleugerament menor de parts eutòcics ($n=110$; 65,9%) comparat amb les gestacions de risc baix o mitjà ($n=103$; 76,9%)($p=0,07$; $V=0,12$). Respecte a les cesàries itinerants, foren més freqüents en gestacions categoritzades d'alt o molt alt risc ($n=24$; 14,4% *versus* $n=5$; 3,7%)($p\leq 0,01$; $V=0,24$). El percentatge de parts instrumentats i parts vaginals amb analgèsia epidural fou semblant per les dues categories, però en els parts naturals es van obtenir percentatges clarament majors en les gestacions categoritzades de risc baix o mitjà ($n=41$; 30,6% *versus* $n=26$; 15,6%)($p\leq 0,01$; $V=0,24$) **(Taula 6)**

Taula 6. Variables clíniques segons categorització del risc de l'embaràs					
Variables clíniques	Categorització risc d'embaràs			P*	V**
	Total	Baix/Mitjà	Alt/Molt alt		
Mostra (n=301)	N (%)	n=134 (44,5%)	n=167 (55,5%)		
Edat gestacional grups					
Part preterme	37 (12,3)	0 (0,0)	37 (22,2)	≤0,01	0,33
Part a terme	264 (87,7)	134 (100,0)	130 (77,8)		
Paritat					
Nul·lípara	144 (47,8)	66 (49,3)	78 (46,7)	0,66	
Múltipara	157 (52,2)	68 (50,7)	89 (53,3)		
Professional atenció expulsiu					
Llevadora/LLIR	161 (53,5%)	85 (63,4)	76 (45,5)	≤0,01	0,18
Obstetra/MIR	140 (46,5%)	49 (36,6)	91 (54,5)		
Inici de part					
Esponatani	200 (66,4)	98 (73,1)	102 (61,1)	0,03	0,13
Induït	101 (33,6)	36 (26,9)	65 (38,9)		
Oxitocina					
Sí	223 (74,1)	91 (67,9)	132 (79,0)	0,03	0,13
No	78 (25,9)	43 (32,1)	35 (21,0)		
Tipus de Part					
Eutòcic	213 (70,8)	103 (76,9)	110 (65,9)	0,04	0,12
Distòcic	88 (29,2)	31 (23,1)	57 (34,1)		
Tipus de part 4 grups					
Natural	67 (22,2)	41 (30,6)	26 (15,6)	≤0,01	0,24
Vaginal Epidural	146 (48,5)	62 (46,3)	84 (50,3)		
Instrumentat	59 (19,6)	26 (19,4)	33 (19,8)		
Cesària intrapart	29 (9,6)	5 (3,7)	24 (14,4)		

Prova de Khi quadrat de Pearson. **V de Cramer com a mesura d'associació.

Variables clíniques segons tipus de part

Segons la categorització de tipus de part es van obtenir major percentatge de parts eutòcics en dones múltiples (n=130; 61%) comparat amb nul·líparaes (n=83; 39%), i major percentatge de parts distòcics en dones nul·líparaes (n=103; 69,3%) en comparació amb les dones múltiples (n=103; 30,7%) (p≤0,01; V=0,26). També s'observà que els parts eutòcics foren atesos per un major percentatge de llevadores (n=161; 75,6%) comparat amb obstetres (n=52; 24,4%), en canvi els parts distòcics foren atesos només per obstetres o MIRs (100%) (p≤0,01; V=0,69). El 70% (n=149) dels parts eutòcics van ser d'inici espontani, representant un 58% (n=51) dels parts distòcics amb el mateix inici de part (p=0,04; V=0,12) (Taula 7).

Taula 7. Variables clíniques segons tipus de part					
Variables clíniques	Tipus de part			P*	V**
	Total	Eutòcic	Distòcic		
Mostra (n=301)	N (%)	n=213 (70,8%)	n=88 (29,2%)		
Edat gestacional grups					
Part preterme	37 (12,3)	22 (10,3)	15 (17,0)	0,1	
Part a terme	264 (87,7)	191 (89,7)	73 (83,0)		
Paritat					
Nul·lípara	144 (47,8)	83 (39,0)	61 (69,3)	≤0,01	0,28
Multípara	157 (52,2)	130 (61,0)	27 (30,7)		
Categortizació risc gestació					
Baix/Mig	134 (44,5)	103 (48,4)	31 (35,2)	0,04	0,12
Alt/Molt alt	167 (55,5)	110 (51,6)	57 (64,8)		
Professional atenció expulsiu					
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	161 (75,6)	0 (0,0)	≤0,01	0,69
Obstetra/MIR	140 (46,5)	52 (24,4)	88 (100,0)		
Inici de part					
Espontani	200 (66,4)	149 (70,0)	51 (58,0)	0,04	0,12
Induït	101 (33,6)	64 (30,0)	37 (42,0)		
Oxitocina					
Sí	223 (74,1)	142 (66,7)	81 (92,0)	≤0,01	0,26
No	78 (25,9)	71 (33,3)	7 (8,0)		

*Prova de Khi quadrat de Pearson. **V de Cramer com a mesura d'associació.

Variables clíniques segons professional en la fase d'expulsiu

En relació als resultats obtinguts segons el professional que atén en la fase d'expulsiu, s'observà que els parts atesos per llevadores foren majoritàriament parts naturals (n=61; 37,9%) o vaginals amb epidural (n=100; 62,1%)(p≤0,01; V=0,71), a terme (n=150; 93,2%)(p≤0,01; V=0,18), d'inici espontani (n=121; 75,2%)(p≤0,01; V=0,20), d'embarassos categoritzats de risc baix o mitjà (n=85; 52,8%)(p≤0,01; V=0,19) i de dones múltiples (n=104; 64,6%)(p≤0,01; V=0,27). L'oxitocina intrapart s'utilitzà en un 61,5% (n=99) dels parts atesos per llevadores o LLIRs versus el 88,6% (n=124) per parts atesos per obstetres o MIRs (p≤0,01; V=0,31) (**Taula 8**).

Pel que fa als parts atesos per obstetres o MIRs, s'observà que foren majoritàriament parts distòcics (n=88; 62,9%)(p≤0,01; V=0,69), a terme (n=114; 81,4%)(p≤0,01; V=0,18), d'inici espontani (n=79; 56,4%)(p≤0,01; V=0,20), de dones nul·líparaes (n=87; 62,1%)(p≤0,01; V=0,27) i d'embarassos categoritzats de risc alt o molt alt (n=91; 65,0%)(p≤0,01; V=0,19) (**Taula 8**).

Taula 8. Variables clíniques segons professional en la fase d'expulsiu					
Variables clíniques	Categoria professional d'atenció			P*	V**
	Total	Llevadora/LLIR	Obstetra/MIR		
Mostra (n=301)	N (%)	n=161 (53,5%)	n=140 (46,5%)		
Estat gestacional grups					
Part preterme	37 (12,3)	11 (6,8)	26 (18,6)	≤0,01	0,18
Part a terme	264 (87,7)	150 (93,2)	114 (81,4)		
Paritat					
Nul·lípara	144 (47,8)	57 (35,4)	87 (62,1)	≤0,01	0,27
Múltipara	157 (52,2)	104 (64,6)	53 (37,9)		
Categorització risc gestació					
Baix/Mig	134 (44,5)	85 (52,8)	49 (35,0)	≤0,01	0,19
Alt/Molt alt	167 (55,5)	76 (47,2)	91 (65,0)		
Inici de part					
Espontani	200 (66,4)	121 (75,2)	79 (56,4)	≤0,01	0,20
Induït	101 (33,6)	40 (24,8)	61 (43,6)		
Oxitocina					
No	78 (25,9)	62 (38,5)	16 (11,4)	≤0,01	0,31
Sí	223 (74,1)	99 (61,5)	124 (88,6)		
Tipus de Part					
Eutòcic	213 (70,8)	161 (100,0)	52 (37,1)	≤0,01	0,69
Distòcic	88 (29,2)	0 (0,0)	88 (62,9)		
Tipus de part 4 grups					
Natural	67 (22,2)	61 (37,9)	6 (4,3)	≤0,01	0,71
Vaginal Epidural	146 (48,5)	100 (62,1)	46 (32,9)		
Instrumentat	59 (19,6)	0 (0,0)	59 (42,1)		
Cesària intrapart	29 (9,6)	0 (0,0)	29 (20,7)		

*Prova de Khi quadrat de Pearson. **V de Cramer com a mesura d'associació.

Variables clíniques segons tipus d'inici de part

En relació als resultats obtinguts segons el tipus d'inici de part, s'observà que els parts d'inici espontani foren majoritàriament parts naturals (n=53; 26,5%) o vaginals amb epidural (n=96; 48,0%)(p=0,03; V=0,17), atesos per llevadores o LLIRs (n=121; 60,5%)(p≤0,01; V=0,20) i amb utilització d'oxitocina (n=135; 67,5%)(p≤0,01; V=0,21) (**Taula 9**).

Per altra banda, els parts d'inici induït foren majoritàriament parts vaginals amb epidural (n=50; 49,5%) o instrumentats (n=23; 22,8%)(p=0,03; V=0,17), atesos per obstetres o MIRs (n=61; 60,4%)(p≤0,01; V=0,20) i amb utilització d'oxitocina (n=88; 87,1%)(p≤0,01; V=0,21) (**Taula 9**).

Taula 9. Variables clíniques segons tipus inici de part					
Variables clíniques	Tipus Inici de part			P*	V**
	Total	Espontani	Inducció		
Mostra (n=301)	N (%)	n=200 (66,4%)	n=101 (33,5%)		
Edat gestacional grups					
Part preterme	37 (12,3)	20 (10,0)	17 (16,8)	0,09	
Part a terme	264 (87,7)	180 (90,0)	84 (83,2)		
Paritat					
Nul·lípara	144 (47,8)	86 (43,0)	58 (57,4)	0,02	0,14
Multípara	157 (52,2)	114 (57,0)	43 (42,6)		
Categorització risc gestació					
Baix/Mig	134 (44,5)	98 (49,0)	36 (35,4)	0,03	0,18
Alt/Molt alt	167 (55,5)	102 (51,0)	65 (64,4)		
Professional atenció expulsiu					
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	121 (60,5)	40 (39,6)	≤0,01	0,20
Obstetra/MIR	140 (46,5)	79 (39,5)	61 (60,4)		
Oxitocina					
No	78 (25,9)	65 (32,5)	13 (12,9)	≤0,01	0,21
Sí	223 (74,1)	135 (67,5)	88 (87,1)		
Tipus de Part					
Eutòcic	213 (70,8)	149 (74,5)	64 (63,4)	0,04	0,12
Distòcic	88 (29,2)	51 (25,5)	37 (36,6)		
Tipus de part 4 grups					
Natural	67 (22,2)	53 (26,5)	14 (13,9)	0,03	0,17
Vaginal Epidural	146 (48,5)	96 (48,0)	50 (49,5)		
Instrumentat	59 (19,6)	36 (18,0)	23 (22,8)		
Cesària intrapart	29 (9,6)	15 (7,5)	14 (13,9)		

*Prova de Khi quadrat de Pearson, **V de Cramer com a mesura d'associació,

Variables clíniques segons la utilització d'oxitocina intrapart

Referent als resultats obtinguts segons la utilització d'oxitocina intrapart, s'observà que els parts amb administració d'oxitocina foren majoritàriament parts vaginals amb epidural (n=136; 61,0%) o instrumentats (n=57; 25,6%)(p≤0,01; V=0,81), d'inici espontani (n=135; 60,5%)(p≤0,01; V=0,20), i atesos per obstetres o MIRs (n=124; 55,6%)(p≤0,01; V=0,31) (**Taula 10**).

Per altra banda, els parts on no s'havia administrat oxitocina intrapart foren majoritàriament parts naturals (n=61; 79,5%)(p≤0,01; V=0,81), d'inici espontani (n=65; 83,5%)(p≤0,01; V=0,20) i atesos per llevadores o LLIRs (n=62; 41,7%)(p≤0,01; V=0,31) (**Taula 10**).

Taula 10. Variables clíniques segons utilització d'oxitocina intrapart					
Variables clíniques	Utilització oxitocina intrapart			P*	V**
	Total	No	Sí		
Mostra (n=301)	N (%)	n=78 (25,9%)	n=223 (74,1%)		
Edat gestacional grups					
Part preterme	37 (12,3)	13 (16,7)	24 (10,8)	0,17	
Part a terme	264 (87,7)	65 (83,3)	199 (89,2)		
Paritat					
Nul·lípara	144 (47,8)	19 (24,4)	125 (56,1)	≤0,01	0,28
Múltipara	157 (52,2)	59 (75,6)	98 (43,9)		
Categorització risc gestació					
Baix/Mig	134 (44,5)	43 (55,1)	91 (40,8)	0,03	0,13
Alt/Molt alt	167 (55,5)	35 (44,9)	132 (59,2)		
Professional atenció expulsiu					
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	62 (41,7)	99 (44,4)	≤0,01	0,31
Obstetra/MIR	140 (46,5)	16 (20,5)	124 (55,6)		
Inici de part					
Esportani	200 (66,4)	65 (83,3)	135 (60,5)	≤0,01	0,21
Induït	101 (33,6)	13 (16,7)	88 (39,5)		
Tipus de Part**					
Eutòcic	213 (70,8)	71 (91,0)	142 (63,7)	≤0,01	0,26
Distòcic	88 (29,2)	7 (9,0)	81 (36,3)		
Tipus de part 4 grups					
Natural	67 (22,2)	61 (78,2)	6 (2,7)	≤0,01	0,81
Vaginal Epidural	146 (48,5)	10 (12,8)	136 (61,0)		
Instrumentat	59 (19,6)	2 (2,6)	57 (25,6)		
Cesària intrapart	29 (9,6)	5 (6,4)	24 (10,8)		

*Prova de Khi quadrat de Pearson. **V de Cramer com a mesura d'associació.

Variables clíniques segons la paritat

Referent als resultats obtinguts segons la paritat de la dona, s'observà que els parts de dones múltiples foren majoritàriament parts vaginals amb epidural (n=79; 51,0%) o naturals (n=51; 31,8%)(p≤0,01; V=0,32), d'inici espontani (n=114; 72,6%)(p=0,02; V=0,14), atesos per llevadores o LLIRs (n=104; 62,2%)(p≤0,01; V=0,27) i amb utilització d'oxitocina intrapart (n=98; 62,4%)(p≤0,01; V=0,28) (**Taula 11**).

Per altra banda, els parts de dones nul·líparaes foren majoritàriament parts vaginals amb epidural (n=66; 45,8%) o instrumentats (n=41; 28,5%)(p≤0,01; V=0,32), d'inici espontani (n=86; 59,7%)(p=0,02; V=0,14), atesos per obstetres o MIRs (n=87; 60,4%)(p≤0,01; V=0,27) i amb utilització d'oxitocina intrapart (n=125; 86,8%)(p≤0,01; V=0,28) (**Taula 11**).

Taula 11. Variables clíniques segons paritat					
Variables clíniques	Paritat			P*	V**
	Total	Nul·lípara	Múltipara		
Mostra (n=301)	N (%)	n= 144 (47,8%)	n= 157 (52,2%)		
Edat gestacional grups					
Part preterme	37 (12,3)	22 (15,3)	15 (9,6)	0,13	
Part a terme	264 (87,7)	122 (84,7)	142 (90,4)		
Categorització risc gestació					
Baix/Mig	134 (44,5)	66 (45,8)	68 (43,3)	0,66	
Alt/Molt alt	167 (55,5)	78 (54,2)	89 (56,7)		
Professional atenció expulsiu					
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	57 (39,6)	104 (66,2)	≤0,01	0,27
Obstetra/MIR	140 (46,5)	87 (60,4)	53 (33,8)		
Inici de part					
Esportani	200 (66,4)	86 (59,7)	114 (72,6)	0,02	0,14
Induït	101 (33,6)	58 (40,3)	43 (27,4)		
Oxitocina					
No	78 (25,9)	19 (13,2)	59 (37,6)	≤0,01	0,28
Sí	223 (74,1)	125 (86,8)	98 (62,4)		
Tipus de Part					
Eutòcic	213 (70,8)	83 (57,6)	130 (82,8)	≤0,01	0,27
Distòcic	88 (29,2)	61 (42,4)	27 (17,2)		
Tipus de part 4 grups					
Natural	67 (22,2)	17 (11,8)	51 (31,8)	≤0,01	0,32
Vaginal Epidural	146 (48,5)	66 (45,8)	79 (51,0)		
Instrumentat	59 (19,6)	41 (28,5)	18 (11,5)		
Cesària intrapart	29 (9,6)	20 (13,9)	9 (5,7)		

*Prova de Khi quadrat de Pearson. **V de Cramer com a mesura d'associació

Variables clíniques segons ingrés a la Unitat de Cures Intensives Neonatals

En relació a l'ingrés del noutat a la Unitat de Cures Intensives Neonatals (UCIN), es detectà que la majoria d'ingressos foren de parts preterme (n=24; 77,4%)(p≤0,01; V=0,67), de mares nul·lípara (n=21; 67,7%)(p=0,02; V=0,13), i de gestacions categoritzades de risc alt o molt alt (n=29; 93,5%)(p≤0,01; V=0,26). Els nadons que van requerir ingrés a la UCIN nasqueren un 38,7% (n=12) per part vaginal amb analgèsia epidural, un 29% (n=9) per cesària itinerant, un 22,6% (n=7) per part instrumentat, i només un 9,7%(n=3) per part natural (p≤0,01; V=0,24). Els nadons nascuts a terme només van requerir ingrés a la UCIN en un 22,6%(n=7) (p≤0,01; V=0,67), i els nadons nascuts preterme van requerir ingrés a la UCIN en un 77,4% (n=24) (p≤0,01; V=0,67) (**Taula 12**).

Pel que fa a l'ingrés dels nadons a la UCIN segons el professional d'expulsiu, els nadons que van requerir ingrés a la UCIN foren atesos a l'expulsiu per llevadores o LLIRs només en un 16,1% (n=5) dels parts, mentre que en un 83,9% (n=26) van ser atesos per obstetres o MIRs ($p \leq 0,01$; $V=0,25$). (**Taula 12**).

Taula 12. Variables clíniques segons ingrés UCIN					
Variables clíniques	Ingrés nadó a UCIN			p	V**
	Total N (%)	No n= 270 (89,7%)	Sí n= 31 (10,3%)		
Mostra (n=301)					
Edat gestacional grups*					
Part preterme	37 (12,3)	13 (4,8)	24 (77,4)	$\leq 0,01^*$	0,67
Part a terme	264 (87,)	257 (95,2)	7 (22,6)		
Paritat					
Nul·lípara	144 (47,8)	123 (45,6)	21 (67,7)	0,02	0,13
Múltipara	157 (52,2)	147 (54,4)	10 (32,3)		
Categorització risc gestació					
Baix/Mig	144 (47,8)	132 (48,9)	2 (6,5)	$\leq 0,01$	0,26
Alt/Molt alt	157 (52,2)	138 (51,1)	29 (93,5)		
Professional atenció expulsiu					
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	156 (57,8)	5 (16,1)	$\leq 0,01$	0,25
Obstetra/MIR	140 (46,5)	114 (42,2)	26 (83,9)		
Inici de part					
Espontani	200 (66,4)	181 (67,0)	19 (61,3)	0,52	
Induït	101 (33,6)	89 (33,0)	12 (38,7)		
Oxitocina					
No	78 (25,9)	69 (25,6)	9 (29,0)	0,67	
Sí	223 (74,1)	201 (74,4)	22 (71,0)		
Tipus de Part					
Eutòcic	213 (70,8)	198 (73,3)	15 (48,4)	$\leq 0,01$	0,18
Distòcic	88 (29,2)	72 (26,7)	16 (51,6)		
Tipus de part 4 grups*					
Natural	67 (22,2)	64 (23,7)	3 (9,7)	$\leq 0,01^*$	0,24
Vaginal Epidural	146 (48,5)	134 (49,6)	12 (38,7)		
Instrumentat	59 (19,6)	52 (19,3)	7 (22,6)		
Cesària intrapart	29 (9,6)	20 (7,4)	9 (29,0)		

Prova de Khi quadrat de Pearson *Test de Fisher: variables amb recompte esperat menor a 5; **V de Cramer com a mesura d'associació,

Variables clíniques segons el test d’Apgar

El 9,4% (n=28) dels nadons que ingressaren a la UCIN van tenir un valor al Test d’Apgar als 5 minuts de vida superior a 8, el que indica una bona adaptació extrauterina ($p \leq 0,01$; $V=0,29$). Per altra banda, el 66,7% (n=2) dels nadons que tingueren un valor del test d’Apgar als 5 minuts de néixer igual o inferior a 7 eren nascuts preterme, i el 33,3% (n=1) eren a terme ($p=0,04$; $V=0,16$) (**Taula 13**).

Taula 13. Variables clíniques segons valor del Test d’Apgar als 5 minuts de vida				
Variables clíniques	Test d’Apgar als 5 minuts de vida			p
	Total	Apgar ≤ 7	Apgar ≥ 8	
Mostra (n=301)	N (%)	n= 3 (1%)	n= 298 (99%)	
Edat gestacional				
Part preterme	37 (12,3)	2 (66,7)	35 (11,7)	0,04*
Part a terme	264 (87,)	1 (33,3)	263 (88,3)	
Professional atenció expulsiu				
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	0 (0,0)	161 (54,0)	$\leq 0,01$
Obstetra/MIR	140 (46,5)	3 (100,0)	137 (46,0)	
Ingrés nadó a UCIN				
No	3 (1,0)	0 (0,0)	270 (90,6)	$\leq 0,01$*
Si	298 (99,0)	3 (100,0)	28 (9,4)	

*Test de Fisher, Variables amb recompte esperat menor a 5.

Variables clíniques segons la utilització de mesures d’analgèsia

Referent a les mesures d’analgèsia segons la categorització de risc d’embaràs, les dones categoritzades de risc alt o molt alt resultaren tenir percentatges majors en la utilització de mètodes combinats (n=76; 45,5% versus n=58; 43,3%) i farmacològics (n=65; 38,9% versus n=35; 26,1%). En canvi, les dones categoritzades de risc baix o mitjà tingueren percentatges majors en la utilització de mètodes no farmacològics (n=26; 19,4% versus n=18; 10,8%) i en la no utilització de mesures d’analgèsia intrapart (n=15; 11,2% versus n=8; 4,8%) ($p \leq 0,01$; $V=0,20$) (**Taula 14**).

Pel que fa a les mesures d’analgèsia utilitzades segons el tipus de part, en els parts distòcics s’obtingué un major percentatge d’utilització d’analgèsia combinada que els eutòcics (n=59; 67,0% versus n=75; 35,2%). Les dones que tingueren un part eutòcic no van requerir mètode d’analgèsia intrapart en major percentatge que en els parts distòcics (n=23; 10,8% versus n=0; 0,0%), i també utilitzaren més els mètodes no farmacològics (n=44; 20,7% versus n=0; 0,0%). Pel que fa als mètodes farmacològics

es van utilitzar per igual independentment del tipus de part (n=71; 33,0% versus n=29; 33,0%)($p \leq 0,01$; $V=0,37$) (**Taula 14**).

En relació a la utilització de mesures analgèsiques segons la paritat, les dones nul·líparas tingueren percentatges més alts d'utilització d'analgèsia combinada (n=81; 56,9%) en comparació a les dones múltiples (n=52; 33,1%). Per contra, les dones múltiples utilitzaren més l'analgèsia farmacològica (n=55; 35,0% versus n=45; 31,3%) i la no farmacològica (n=33; 21,0% versus n=11; 7,6%) com a mètode únic comparat amb les dones nul·líparas. Les múltiples tingueren un percentatge major de no utilització de cap mesura analgèsica comparat amb les nul·líparas (n=17; 10,8% versus n=6; 4,2%) ($p \leq 0,01$; $V=0,28$) (**Taula 14**).

Referent a la utilització de mesures analgèsiques quan no s'utilitzava oxitocina, s'observà un major percentatge de dones que no utilitzen mètode d'analgèsia intrapart (n=23; 29,5% versus n=0; 0,0%) i d'utilització exclusiva d'analgèsia no farmacològica (n=38; 48,7% versus n=6; 2,7%), comparat amb les dones que no se'ls administrava oxitocina. Per altra banda, quan s'administrava oxitocina el percentatge d'utilització d'analgèsia farmacològica (n=89; 39,9% versus n=11; 14,1%) i combinada (n=128; 57,4% versus n=6; 7,7%) era major que quan no s'administrava ($p \leq 0,01$; $V=0,80$) (**Taula 14**).

També es va apreciar que quan el part era d'inici espontani hi havia un major percentatge de dones que no requerien cap mètode d'analgèsia (n=21; 10,5% versus n=2; 2,0%). En canvi, quan el part era induït, el mètode més utilitzat era l'analgèsia combinada (n=54; 53,5% versus n=80; 40,0%). El percentatge d'utilització d'analgèsia farmacològica (n=67; 33,5% versus n=33; 32,7%) i no farmacològica (n=32; 16,0% versus n=12; 11,9%) fou molt semblant tant si el part és espontani com induït ($p=0,02$; $V=0,18$) (**Taula 14**).

S'observaren majors percentatges d'utilització d'analgèsia combinada (n=84; 60,0% versus n=50; 31,1%) i farmacològica (n=50; 35,7% versus n=50; 31,1%) en els parts atesos a l'expulsiu per obstetres o MIRs que pels atesos per llevadores o LLIRs. Per contra, els parts atesos per llevadores o LLIRs, en comparació als atesos per obstetres, obtingueren un percentatge major d'utilització de mesures no farmacològiques (n=41; 25,5% versus n=3; 2,1%), i les dones no van requerir cap tipus d'analgèsia en més ocasions (n=20; 12,4% versus n=3; 2,1%) ($p \leq 0,01$; $V=0,41$) (**Taula 14**).

En els parts preterme majoritàriament s'utilitzaren mesures d'analgèsia farmacològiques (n=23; 62,2%) o bé combinada (n=10; 27,0%). Les mesures no farmacològiques només s'utilitzaren en un 2,7% (n=1) dels parts preterme. Pel que fa als part a terme, la mesura més utilitzada fou l'analgèsia combinada (n=124; 47,0%), seguida de la farmacològica (n=77; 29,2%) i la no farmacològica (n=43;

16,3%). La no utilització de cap mètode d’analgèsia representava un percentatge molt baix tant pels parts a terme (n=20; 7,6%) com pels parts preterme (n=3; 8,1%) ($p \leq 0,01$; $V=0,24$) (**Taula 14**).

Referent als mètodes d’analgèsia utilitzats segons l’ingrés del nadó a UCIN, les dones amb nadons que van ingressar a la unitat de neonats van requerir més analgèsia combinada (n=125; 46,3%) en comparació amb les dones amb fills no ingressats (n=9; 29,0%) ($p \leq 0,01$; $V=0,21$). A més a més, les dones amb nadons que ingressaren a la unitat de neonats també van requerir més analgèsia farmacològica (n=81; 30%) comparat amb les dones amb fills no ingressats (n=19; 61,3%) ($p \leq 0,01$; $V=0,21$). Tanmateix, les dones amb nadons que no van requerir ingrés a la unitat de neonats tingueren un percentatge major d’utilització d’analgèsia no farmacològica (n=43; 15,9%) comparat amb els percentatges d’utilització d’analgèsia farmacològica en aquest mateix grup de dones (n=1; 3,2%) ($p \leq 0,01$; $V=0,21$). (**Taula 14**).

Taula 14. Variables clíniques segons tipus d'analgèsia							
Variables clíniques	Tipus d'analgèsia utilitzada					P*	V**
	Total	Sense	Farmacològica	No Farmacològica	Combinada		
Mostra (n=301)	N (%)	n=23 (7,6%)	n=100 (33,2%)	n=44 (14,6%)	n=134 (44,5%)		
Edat gestacional grups							
Part preterme	37 (12,3)	3 (8,1)	23 (62,2)	1 (2,7)	10 (27,0)	≤0,01	0,24
Part a terme	264(87,7)	20 (7,6)	77 (29,2)	43 (16,3)	124 (47,0)		
Paritat							
Nul·lípara	144 (47,8)	6 (4,2)	45 (31,3)	11 (7,6)	82 (56,9)	≤0,01	0,28
Múltípara	157 (52,2)	17 (10,8)	55 (35,0)	33 (21,0)	52 (33,1)		
Categorització risc gestació							
Baix/Mig	134 (44,5)	15 (11,2)	35 (26,1)	26 (19,4)	58 (43,3)	≤0,01	0,19
Alt/Molt alt	167 (55,5)	8 (4,8)	65 (38,9)	18 (10,8)	76 (45,5)		
Professional atenció expulsiu							
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	20 (12,4)	50 (31,1)	41 (25,5)	50 (31,1)	≤0,01	0,42
Obstetra/MIR	140 (46,5)	3 (2,1)	50 (35,7)	3 (2,1)	84 (60,0)		
Inici de part							
Espontani	200 (66,4)	21 (10,5)	67 (33,5)	32 (16,0)	80 (40,0)	0,02	0,18
Induït	101 (33,6)	2 (2,0)	33 (32,7)	12 (11,9)	54 (53,5)		
Oxitocina							
No	78 (25,9)	23 (29,5)	11 (14,1)	38 (48,7)	6 (7,7)	≤0,01	0,80
Sí	223 (74,1)	0 (0,0)	89 (39,9)	6 (2,7)	128 (57,4)		
Tipus de Part							
Eutòcic	213 (70,8)	23 (10,8)	71 (33,3)	44 (20,7)	75 (35,2)	≤0,01	0,37
Distòcic	88 (29,2)	0 (0,0)	29 (33,0)	0 (0,0)	59 (67,0)		
Tipus de part 4 grups							
Natural	67 (22,2)	23 (34,3)	0 (0,0)	44 (65,7)	0(0,0)	≤0,01	0,58
Vaginal Epidural	146 (48,5)	0 (0,0)	71 (48,6)	0 (0,0)	75 (51,4)		
Instrumentat	59 (19,6)	0 (0,0)	16 (27,1)	0 (0,0)	43 (72,9)		
Cesària intrapart	29 (9,6)	0 (0,0)	13 (44,8)	0 (0,0)	16 (55,2)		
Ingrés UCIN							
No	31 (10,3)	21 (7,8)	81 (30,0)	43 (15,9)	125 (46,3)	≤0,01	0,21
Sí	270 (89,7)	2 (6,5)	19 (61,3)	1 (3,2)	9 (29,0)		
Apgar 5' grupal							
Apgar ≤ 7	3 (1)	0 (0,0)	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0,80	
Apgar ≥8	298 (99)	23 (7,7)	98 (32,9)	44 (14,8)	133 (44,6)		

Resultats exposats per files: *Prova de Khi quadrat de Pearson. **V de Cramer com a mesura d'associació.

Variables clíniques segons la utilització d’analgèsia epidural

En relació a la utilització d’analgèsia epidural durant el part, s’observà un percentatge major en nul·líparees que en múltiples (n=127; 54,3% versus n=107; 45,7%)(p≤0,01; V=0,24), i categoritzades d’embaràs d’alt o molt alt risc en comparació a baix o mig risc (n=141; 60,3% versus n=93; 39,7%)(p≤0,01; V=0,18) (**Taula 15**).

Pel que fa al tipus de part, el percentatge d’utilització d’analgèsia epidural fou major en parts eutòcics en comparació amb els distòcics (n=146; 62,4% versus n=88; 37,6%)(p≤0,01; V=0,34), i només un percentatge molt baix d’aquests acabaren amb cesària itinerant (n=29; 12,4%) o part instrumentat (n=59; 25,2%)(p≤0,01; V=0,99). També s’observà que quan s’utilitzava l’analgèsia epidural hi havia un menor percentatge de parts espontànies en comparació a quan no s’utilitza (n=53; 79,1% versus n=147; 62,8%), i per contra, també hi havia un major nombre de parts induïts amb analgèsia epidural que quan no s’utilitzava (n=87; 37,2% versus n=14; 20,9%)(p≤0,01; V=0,14) (**Taula 15**).

Quant a la utilització d’oxitocina intrapart, els parts amb analgèsia epidural utilitzaren l’oxitocina en el 92,7% (n=217) dels casos, mentre que els parts en que no s’havia utilitzat aquesta analgèsia només s’administrava oxitocina en un 9% (n=6) dels casos (p≤0,01; V=0,79) (**Taula 15**).

La majoria de parts amb analgèsia epidural foren atesos per obstetra o MIR (n=134; 57,3% versus n=100; 42,7%), per contra, els parts sense analgèsia epidural foren atesos majoritàriament per llevadora o LLIR (n=61; 91,0% versus n=6; 9,0%)(p≤0,01; V=0,40) (**Taula 15**).

Taula 15. Variables clíniques segons utilització Analgèsia Epidural					
Variables clíniques	Utilització Analgèsia Epidural intrapart			P*	V**
	Total N (%)	No n= 67 (22,3%)	Sí n= 234 (77,7%)		
Mostra (n=301)					
Edat gestacional grups*					
Part preterme	37 (12,3)	4 (6,0)	33 (14,1)	0,07	
Part a terme	264 (87,7)	63 (94,0)	201 (85,9)		
Paritat					
Nul·lípara	144 (47,8)	17 (25,4)	127 (54,3)	≤0,01	0,24
Múltipara	157 (52,2)	50 (74,6)	107 (45,7)		
Categorització risc gestació					
Baix/Mig	144 (47,8)	41 (61,2)	93 (39,7)	≤0,01	0,18
Alt/Molt alt	157 (52,2)	26 (38,8)	141 (60,3)		
Professional atenció expulsiu					
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	61 (91,0)	100 (42,7)	≤0,01	0,40
Obstetra/MIR	140 (46,5)	6 (9,0)	134 (57,3)		
Inici de part					
Esportani	200 (66,4)	53 (79,1)	147 (62,8)	0,01	0,14
Induït	101 (33,6)	14 (20,9)	87 (37,2)		
Oxitocina					
No	78 (25,9)	61 (91,0)	17 (7,3)	≤0,01	0,79
Sí	223 (74,1)	6 (9,00)	217 (92,7)		
Tipus de Part					
Eutòcic	213 (70,8)	67 (100,0)	146 (62,4)	≤0,01	0,34
Distòcic	88 (29,2)	0 (0,0)	88 (37,6)		
Tipus de part 4 grups					
Natural	67 (22,2)	67 (100,0)	0 (0,0)	≤0,01	0,99
Eutòcic	146 (48,5)	0 (0,0)	146 (62,4)		
Instrumentat	59 (19,6)	0 (0,0)	59 (25,2)		
Cesària intrapart	29 (9,6)	0 (0,0)	29 (12,4)		

*Prova de Khi quadrat de Pearson, **V de Cramer com a mesura d'associació.

4.3. RELACIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LES DONES AMB LES CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques D'ATENCIÓ AL PART

Relació entre l'edat materna i les variables clíniques paritat i risc d'embaràs

S'observaren diferències estadísticament significatives segons la paritat ($p=0,03$; $V=0,15$) i la categorització de risc d'embaràs ($p\leq 0,01$; $V=0,23$).

Segons l'edat materna per grups d'edat cal destacar que el 65,4% ($n=197$) del total es trobaven en edats compreses entre 30 i 39 anys, tot i que no s'observaren diferències en la categorització del risc d'embaràs en aquest grup d'edat. Per altra banda, si que es van observar diferències significatives entre el grup de dones amb un edat superior a 40 anys (8,3%; $n=25$), les quals només un 1,5% ($n=2$) foren categoritzades amb un embaràs de risc baix o mitjà i el 13,8% ($n=23$) restant foren categoritzades d'alt o molt alt risc ($p\leq 0,01$). En el grup d'edat de dones entre 16 i 29 anys ($n=79$), les quals representen un 26,2% de la mostra, també es pogueren observar diferències significatives entre la categorització de risc d'embaràs; un 32,1% ($n=43$) foren categoritzades de risc baix o mitjà i un 21,6% ($n=36$) foren categoritzades de risc alt o molt alt ($p\leq 0,01$; $V=0,23$) (**Figura 6**).

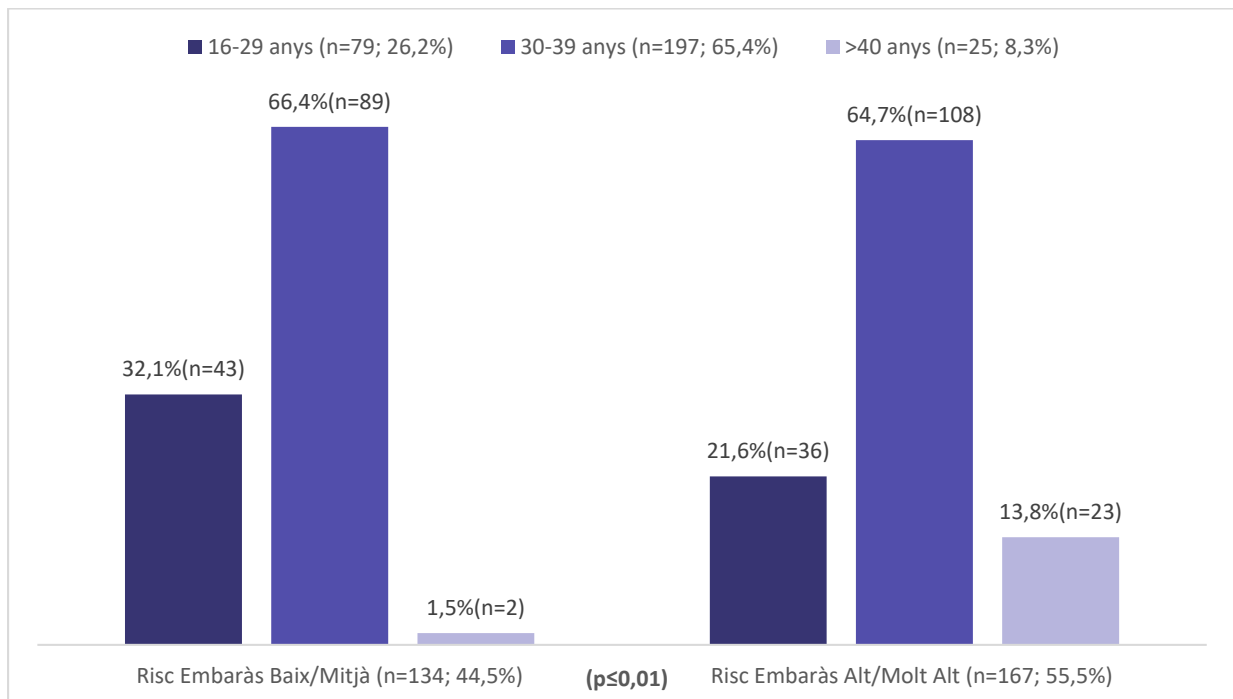


Figura 6. Edat materna segons la categorització de risc d'embaràs (N=301).

Resultats expressats en % (n), Prova de Khi quadrat de Pearson. Valor corregit V de Cramer

Quant al grup d'edat segons la paritat, cal destacar que el 65,4% (n=197) del total de les dones tenien edats compreses entre els 30 i els 39 anys. Si examinem segons la paritat, el 70,7% (n=111) de les dones múltiples també pertanyien a aquest grup d'edat, i per les dones nul·lípara continuava essent el que major percentatge de representació tenia (n=86; 59,7%). Tot i així, en les dones nul·lípara s'observaren més variabilitat d'edats, pel grup d'edat entre 16 i 29 anys (n=79; 26,2%) tot i que era menys nombrós, tingué més representativitat que en les dones nul·lípara (n=48 ; 33,3% versus n=31; 19,7%). En canvi el grup d'edat de més de 40 anys fou el que menys representativitat tingué en ambdós grups de paritat, essent menys nombrós en nul·lípara (n=10; 6,9% versus n=15 ; 9,6%) (p=0,03; V=0,15) (**Figura 7**).

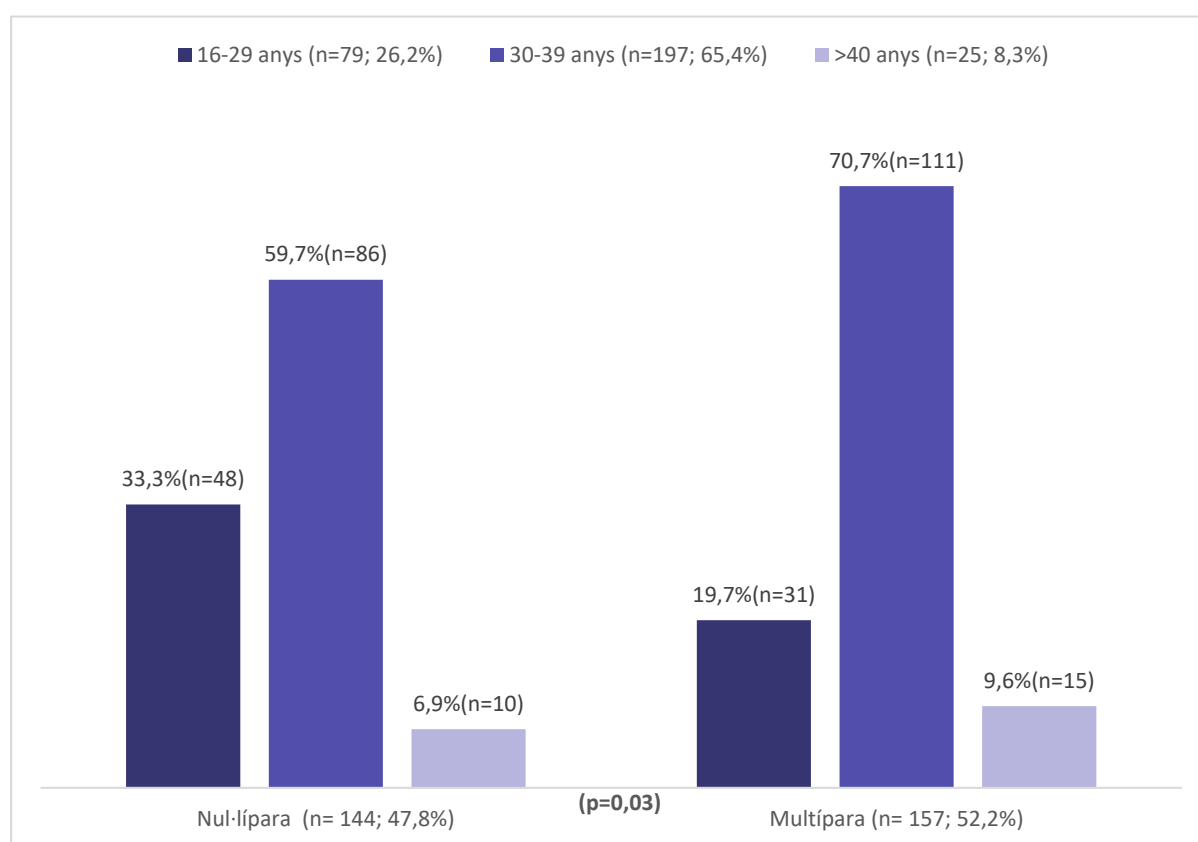


Figura 7. Edat materna segons paritat (N=301).

Resultats expressats en % (n), Prova de Khi quadrat de Pearson. Valor corregit V de Cramer.

Relació entre l'origen i la variable clínica paritat

En relació a la variable sociodemogràfica origen de la dona, s'observaren diferències significatives segons la paritat, el percentatge de dones d'origen autòcton versus immigrant fou major tant si la dona era nul·lípara (n=111; 77,1% versus n=33; 22,9%) com múltipara (n=100 ; 63,7% versus n=57 ; 36,3%)($p \leq 0,01$; $V=0,15$) (**Figura 8**).

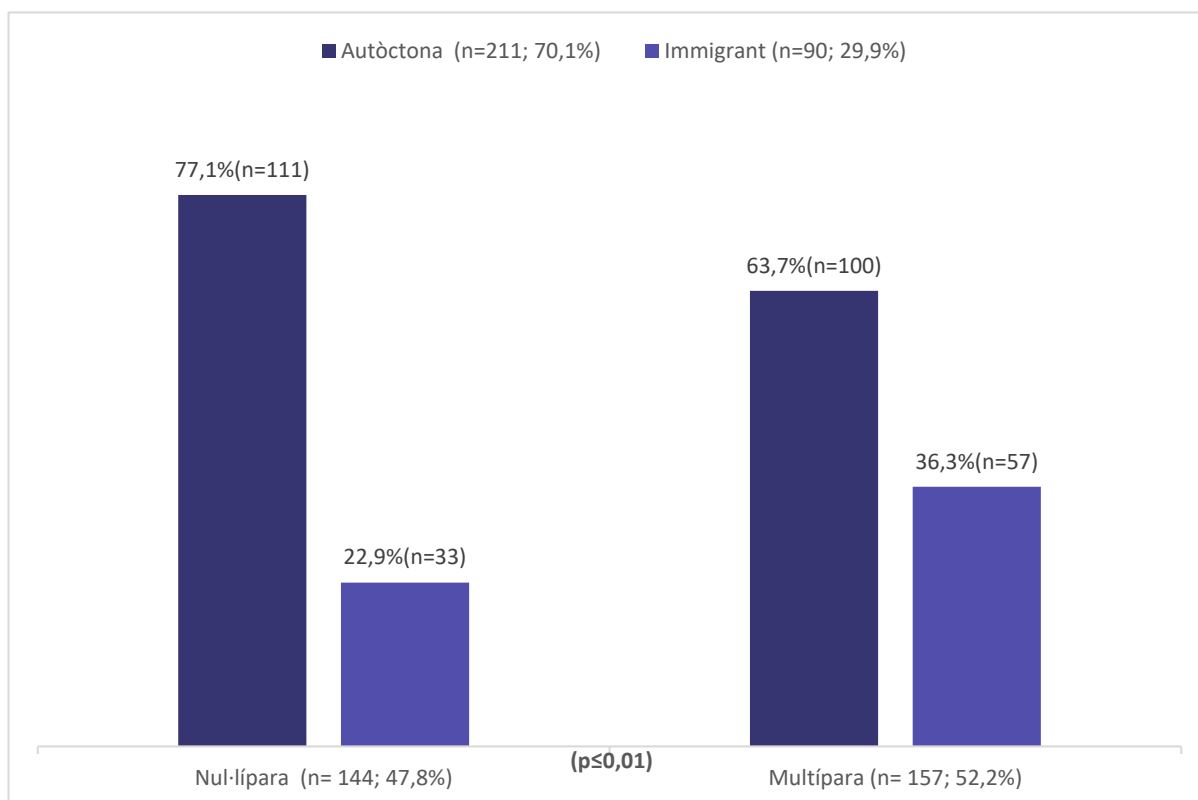


Figura 8. Paritat segons origen matern (N=301).

Resultats expressats en % (n), Prova de Khi quadrat de Pearson.

Relació entre l'assistència a classes de preparació al naixement i les variables clíniques de l'assistència al part

Pel que fa a la relació de l'assistència a classes de preparació al naixement segons el tipus de part, el 35,8% (n=57) de les dones que tingueren un part distòcic van assistir a classes de preparació al naixement, un percentatge inferior que les dones que van assistir a classes i tingueren un part eutòcic (n=102; 64,2%) ($p \leq 0,01$; $V=0,15$). Segons el professional d'atenció a l'expulsiu, en les dones assistides per una llevadora s'observà percentatges menors d'assistència a classes de preparació al naixement (n=76; 47,2%) comparades amb les dones ateses per obstetres (n=83; 52,8%) ($p=0,02$; $V=0,13$). Pel que fa a la paritat, en les dones nul·líparas (n=105; 66,0%) s'observà un percentatge d'assistència superior a classes de preparació al naixement que les dones múltiples (n=54; 34,0%) ($p \leq 0,01$; $V=0,38$) (**Taula 16**).

Variables clíniques	Assistència a classes de preparació al naixement			P*	V**
	Total N (%)	No n=142(47,1%)	Sí n=159 (52,8%)		
Mostra (n=301)					
Professional atenció expulsiu					
Llevadora/LLIR	161 (53,5%)	86 (60,6)	76 (47,2)	0,02	0,13
Obstetra/MIR	140 (46,5%)	56 (39,4)	83 (52,8)		
Paritat					
Nul·lípara	144 (47,8)	39 (27,5)	105 (66,0)	$\leq 0,01$	0,38
Múltipara	157 (52,2)	103 (75,5)	54 (34,0)		
Tipus de Part					
Eutòcic	213 (70,8)	111 (78,2)	102 (64,2)	$\leq 0,01$	0,15
Distòcic	88 (29,2)	31 (21,8)	57 (35,8)		

*Prova de Khi quadrat de Pearson, **V de Cramer com a mesura d'associació.

Relació del nivell d'estudis segons paritat

S'observaren diferències significatives entre el nivell d'estudis de la dona i la seva paritat ($p \leq 0,01$; $V=0,16$). El percentatge de dones amb estudis universitaris, fou major tant per la categoria de nul·lípara (n=78; 54,2%), com per la categoria múltipara (n=66; 42,0%). Pel que fa al grup de dones amb estudis superiors, no s'observaren diferències entre les dues categories (n=45; 31,3% versus n=48; 30,6%) ($p \leq 0,01$; $V=0,16$). Per contra, en el grup d'estudis obligatoris les dones nul·líparas (n=21; 14,6%) tingueren percentatges inferiors comparat amb les dones múltiples (n=43; 27,4%) ($p \leq 0,01$; $V=0,16$) (**Figura 9**).

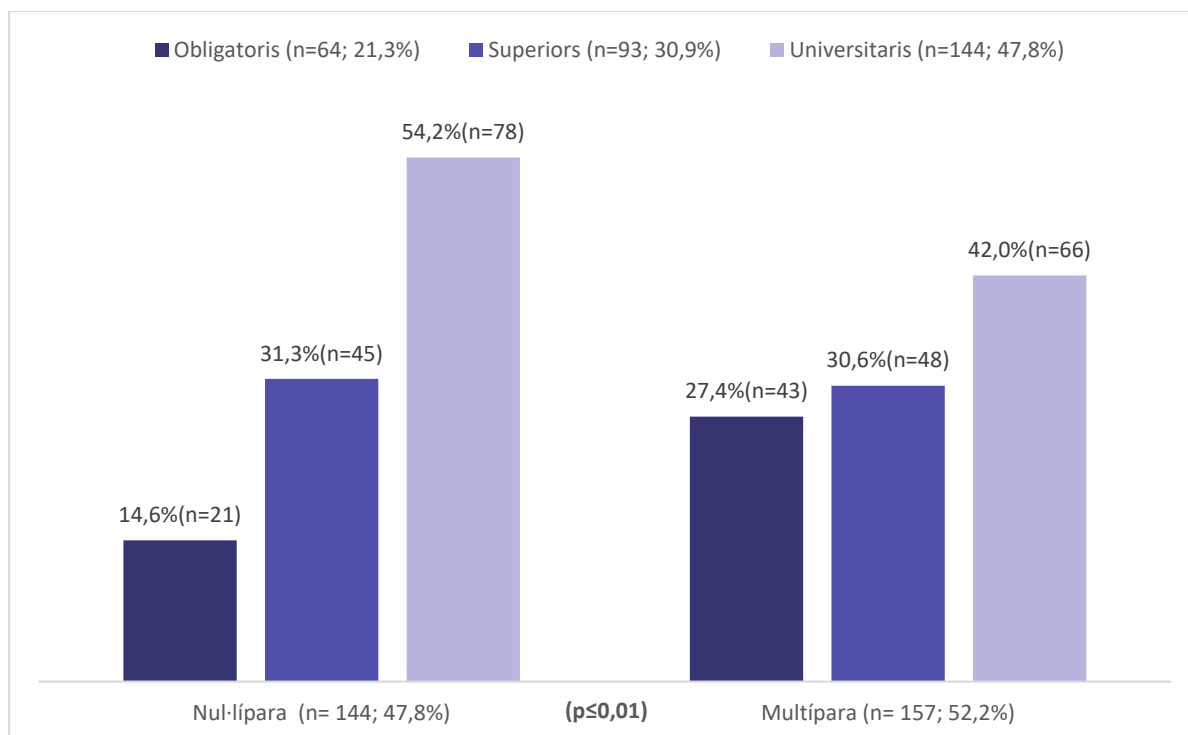


Figura 9. Paritat segons nivell d'estudis matern (N=301).

Resultats expressats en % (n), Prova de Khi quadrat de Pearson.

4.4. SATISFACCIÓ DE LES DONES EN EL PROCÉS DE PART

Els resultats obtinguts respecte al nivell de satisfacció de les dones referent a l'atenció rebuda durant el procés de part valorats mitjançant el qüestionari CEQ-E s'expressen en puntuacions d'entre 1 i 4 a l'escala de Likert, de manera global i per a cada domini a la **Taula 17**.

La puntuació global de satisfacció obtinguda fou d'una mitjana de 3,18 (DS:0,42). El domini de suport professional fou el que ha obtingué major satisfacció amb una puntuació mitjana de 3,79 (DS:0,43), i el domini de capacitat personal fou el que obtingué la menor satisfacció amb una puntuació mitjana de 2,8 (DS:0,57) (**Taula 17**).

Dins del qüestionari CEQ hi ha 3 ítems específics amb escala VAS que avaluen la sensació de dolor, seguretat i control percebut en una escala de VAS de 0 a 10 punts. Pel que fa al nivell de dolor en l'escala VAS la puntuació mitjana obtinguda fou de 6,99 (DS:2,94). El nivell de control percebut en l'escala VAS obtingué una puntuació mitjana de 6,56 (DS:2,69). Per últim, el nivell de seguretat percebuda obtingué una puntuació mitjana de 8,0 (DS:2,19) (**Taula 17**).

Taula 17. Variables de satisfacció materna (n=301)

Variables del CEQ	M (SD)
Nivell de satisfacció CEQ	3,18 (0,42)
Domini Capacitat Personal (CP-CEQ)	2,8 (0,57)
Domini Suport Professional (SP-CEQ)	3,79 (0,43)
Domini Seguretat Percebuda (S-CEQ)	3,23 (0,56)
Domini Participació (P-CEQ)	3,04 (0,87)
Nivell de Dolor (Escala VAS de 0 a 10)	6,99 (2,94)
Nivell de Control (Escala VAS de 0 a 10)	6,56 (2,69)
Nivell de Seguretat (Escala VAS de 0 a 10)	8,01 (2,19)

Puntuació likert: 1 punt = totalment en desacord, 2 punts = bastant desacord, 3 punts = bastant d'acord, 4 punts = totalment d'acord

En relació als resultats obtinguts del nivell de satisfacció desglossats per a cada un dels ítems del qüestionari CEQ, es pot destacar l'elevada satisfacció de l'ítem “L'impressió de competència professional em feia sentir segura” amb una puntuació mitjana de 3,83 (DS:0,47), i l'ítem “La llevadora em va mantenir correctament informada del procés” amb una puntuació mitjana de 3,83 (DS:0,46). Per altra banda, els ítems de menor puntuació foren l'ítem “Estava cansada durant el part” amb una puntuació mitjana de 2,01 (DS:0,96), i l'ítem “En general durant el part vaig sentir dolor” en escala de Likert amb una puntuació mitjana de 2,12 (DS:1,10) (**Taula 18**).

Taula 18. Nivell de Satisfacció Ítems CEQ(n=301)	
Característiques	M (SD)
Domini Capacitat Personal (CP-CEQ)	2,8 (0,57)
En general durant el part vaig sentir dolor	2,12 (1,10)
Em sentia segura/capaç	3,21 (0,85)
En general durant el part vaig tenir control	2,66 (1,03)
Em sentia feliç	3,15 (0,95)
Sentia que manejava la situació	3,29 (0,80)
Estava cansada durant el part	2,01 (0,96)
El part va ser com esperava	2,93 (1,02)
Em vaig sentir forta durant el part	3,10 (0,82)
Domini Suport Professional (SP-CEQ)	3,79 (0,43)
Em vaig sentir molt ben atesa per la llevadora	3,83 (0,48)
La llevadora va dedicar suficient atenció a la meva parella	3,67 (0,66)
La llevadora em va dedicar suficient atenció	3,83 (0,46)
La llevadora em va mantenir correctament informada del procés	3,85 (0,42)
La llevadora va entendre les meves necessitats	3,76 (0,58)
Domini Percepció de Seguretat (S-CEQ)	3,23 (0,56)
En general durant el part em vaig sentir segura	3,26 (0,93)
Alguns records del part em fan estar trista	3,33 (0,97)
La impressió de competència professional em feia sentir segura	3,83 (0,47)
Tinc bastants records negatius dels part	3,30 (0,87)
Tinc bastants records positius del part	3,29 (0,84)
Estava espantada durant el part	2,39 (1,08)
Domini Participació (P-CEQ)	3,04 (0,87)
Em va semblar que podia escollir estar dreta, movent-me o estirada	3,19 (1,07)
Em va semblar que podia escollir la posició d'expulsiu	2,81 (1,16)
Em va semblar que podia escollir entre diferents mètodes d'analgèsia	3,13 (1,08)
Nivell de Dolor (Escala VAS de 0 a 10)	6,99 (2,94)
Nivell de Control (Escala VAS de 0 a 10)	6,56 (2,69)
Nivell de Seguretat (Escala VAS de 0 a 10)	8,01 (2,19)

Puntuació likert: 1 punt = totalment en desacord, 2 punts = bastant desacord, 3 punts = bastant d'acord, 4 punts = totalment d'acord

Respecte els resultats del nivell de satisfacció del qüestionari CEQ-E desglossats per ítems i expressats en percentatge de resposta segons escala de Likert amb valors de totalment d'acord (4 punts), bastant d'acord(3 punts), bastant en desacord(2 punts) i totalment en desacord(1 punt), es poden consultar a la **Taula 19**.

El domini de seguretat va ser el que obtingué els resultats més alts en percentatges de resposta en el grup totalment d'acord en tots els ítems. Les dones manifestaren estar totalment d'acord que es van sentir molt ben ateses per la llevadora (n=261; 86,7%), que aquesta els va dedicar suficient atenció a elles (n=259; 86,0%) i a les seves parelles (n=227; 75,4%), i que les va mantenir ben informades durant el procés (n=262; 87,0%) (**Taula 19**).

Respecte als ítems relacionats amb la sensació de seguretat de la dona, les dones majoritàriament manifestaren estar totalment d'acord que la impressió de competència professional les feia sentir segures (n=261; 86,7%), i que la llevadora va entendre les seves necessitats (n=248; 82,4%). A més a més, les dones manifestaren majoritàriament estar totalment en desacord en que alguns records del part els feia sentir tristes (n=184; 61,1%) i que tenien bastant records negatius (n=157; 52,2%) (**Taula 19**).

Pel que fa als ítems de participació en el procés de part, les dones manifestaren majoritàriament estar totalment d'acord que van poder escollir estar movent-se o estirades durant el part (n=168; 55,8%), i que van poder triar entre diferents mètodes d'analgèsia (n=153; 50,8%). Per altra banda, només un 39,9% (n=120) de les dones estaven totalment d'acord en què van poder escollir la posició d'expulsiu (**Taula 19**).

Taula 19. Nivell de satisfacció CEQ puntuació Escala de Likert(n=301)

	Totalment d'acord	Bastant d'acord	Bastant desacord	Totalment desacord
Característiques del CEQ segons cada domini				
Domini Capacitat Personal (CP-CEQ)				
En general durant el part vaig sentir dolor	111(36,9)	99(32,9)	36(12,0)	55(18,3)
Em sentia segura/capaç	129(42,9)	123(40,9)	32(10,6)	17(5,7)
En general durant el part vaig tenir control	72(23,9)	107(35,5)	69(22,9)	53(17,6)
Em sentia feliç	136(45,2)	101(33,6)	38(12,6)	26(8,6)
Sentia que manejava la situació	139(46,2)	123(40,9)	26(8,6)	13(4,3)
Estava cansada durant el part	105(34,9)	119(39,5)	45(15,0)	32(10,6)
El part va ser com esperava	105(34,9)	111(36,9)	44(13,6)	41(14,6)
Em vaig sentir forta durant el part	104(34,6)	138(45,8)	45(15,0)	14(4,7)
Domini Suport Professional (SP-CEQ)				
Em vaig sentir molt ben atesa per la llevadora	261(86,7)	34(11,3)	2(0,7)	4(1,3)
La llevadora va dedicar suficient atenció a la meva parella	227(75,4)	56(18,6)	11(3,7)	7(2,3)
La llevadora em va dedicar suficient atenció	259(86,0)	37(12,3)	2(0,7)	3(1,0)
La llevadora em va mantenir correctament informada del procés	262(87,0)	35(11,6)	2(0,7)	2(0,7)
La llevadora va entendre les meves necessitats	248(82,4)	41(13,6)	6(2,0)	6(2,0)
Domini Percepció de Seguretat (S-CEQ)				
En general durant el part em vaig sentir segura	157(52,2)	90(29,9)	31(10,3)	23(7,6)
Alguns records del part em fan estar trista	22(7,3)	41(13,6)	54(17,9)	184(61,1)
La impressió de competència professional em feia sentir segura	261(86,7)	33(11,0)	4(1,3)	3(1,0)
Tinc bastants records negatius dels part	15(5,0)	36(12,0)	93(30,9)	157(52,2)
Tinc bastants records positius del part	151(50,2)	96(31,9)	43(14,3)	11(3,7)
Estava espantada durant el part	73(24,3)	103(34,2)	60(19,9)	65(21,6)
Domini Participació (P-CEQ)				
Em va semblar que podia escollir estar dreta, movent-me o estirada	168(55,8)	62(20,6)	39(13,0)	32(10,6)
Em va semblar que podia escollir la posició d'expulsiu	120(39,9)	65(21,6)	55(18,3)	61(20,3)
Em va semblar que podia escollir entre diferents mètodes d'analgèsia	153(50,8)	77(25,6)	27(9,0)	44(14,6)
<i>Puntuació likert: 1 punt = totalment en desacord , 2 punts = bastant desacord, 3 punts = bastant d'acord, 4 punts = totalment d'acord</i>				

4.5. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES I NIVELL DE SATISFACCIÓ DE LES DONES

En relació als resultats del nivell de satisfacció de les dones en el procés de part i la relació amb les variables sociodemogràfiques s'obtingueren resultats significatius en el domini de capacitat personal segons la situació d'ocupació ($p \leq 0,01$) i el nivell d'estudis ($p = 0,04$), tanmateix no es va obtenir cap resultat significatiu en el nivell de satisfacció global del CEQ. **(Taules 20 i 21).**

Les dones que referien tenir un treball actiu [2,97 (DS:0,48)] obtingueren majors puntuacions en el domini de capacitat personal que les que no en tenien [2,74 (DS:0,58)] ($p \leq 0,01$). Per altra banda, les dones amb un nivell d'estudis obligatori [2,89 (DS:0,53)] obtingueren majors puntuacions en el domini de capacitat personal que les dones que tenien estudis superiors [2,88 (DS:0,57)] o universitaris [2,72 (DS:0,57)] ($p = 0,04$) **(Taula 20).**

Taula 20. Nivell de satisfacció segons les variables sociodemogràfiques II

Variables sociodemogràfiques	Variables Satisfacció										
	Total	CP-CEQ			SP-CEQ		S-CEQ		P-CEQ		CEQ
Mostra (n=301)	N (%)	M (SD)	p	M (SD)	p	M (SD)	p	M (SD)	p	M (SD)	p
Edat Materna**	32,57 (5,47)	2,81 (0,57)	0,09	3,79 (0,43)	0,29	3,23 (0,56)	0,89	3,04 (0,87)	0,61	3,18 (0,42)	0,43
		Rho	-0,98	Rho	0,06	Rho	-0,08	Rho	-0,03	Rho	-0,04
Àmbit residèncial											
Urbà	147 (48,8)	2,82 (0,57)	0,68	3,75 (0,50)	0,15	3,23 (0,56)	0,99	3,10 (0,85)	0,27	3,18 (0,44)	0,86
Rural	154 (51,3)	2,80 (0,57)		3,82 (0,36)		3,23 (0,57)		2,99 (0,89)		3,18 (0,41)	
Origen											
Autòctona	211 (70,1)	2,88 (0,59)	0,271	3,80 (0,43)	0,57	3,25 (0,59)	0,54	3,00 (0,89)	0,21	3,17 (0,44)	0,58
Immigrant	90 (29,9)	2,86 (0,50)		2,77 (0,44)		3,20 (0,50)		3,14 (0,82)		3,20 (0,39)	
Nivell Estudis*											
Primària/ESO	64 (21,3)	2,89 (0,53)	0,04	2,78 (0,44)	0,76	3,17 (0,59)	0,64	3,09 (0,86)	0,55	3,20 (0,40)	0,28
Superiors(Batxillerat/FPS)	93 (30,9)	2,88 (0,57)		3,81 (0,36)		3,25 (0,56)		3,09 (0,87)		3,22 (0,42)	
Universitària	144 (47,8)	2,72 (0,57)		3,77 (0,47)		3,24 (0,56)		2,98 (0,87)		3,13 (0,43)	
Situació Ocupació											
Treball actiu	214 (71,1)	2,97 (0,48)	≤0,01	3,80 (0,37)	0,72	3,26 (0,58)	0,65	3,07 (0,91)	0,71	3,25 (0,42)	0,06
Treball no actiu	87 (28,9)	2,74 (0,58)		3,78 (0,45)		3,22 (0,56)		3,03 (0,86)		3,15 (0,42)	
Assistència classes preparació naixement											
No	142 (47,2)	2,85 (0,53)	0,16	3,77 (0,41)	0,9	3,24 (0,54)	0,85	3,101(0,85)	0,59	3,19 (0,40)	0,57
Sí	159 (52,8)	2,76 (0,59)		3,79 (0,45)		3,22 (0,59)		3,06 (0,89)		3,16 (0,44)	

T-Student (numèrica + categòrica dicotòmica); *Test ANOVA (numèrica + categòrica politàmica); **Rho Spearman (2 numèriques).

Taula 21. Nivell de satisfacció segons les variables sociodemogràfiques II

Variables sociodemogràfiques	Variables Satisfacció										
	Total	CP-CEQ		SP-CEQ		S-CEQ		P-CEQ		CEQ	
Mostra (n=301)	N (%)	μ[P25-P75]	p	μ[P25-P75]	p	μ[P25-P75]	p	μ[P25-P75]	p	μ[P25-P75]	p
Presencia acompanyant de part											
No	10 (3,3)	2,94 [2,25-3,19]	0,71	3,90 [3,50-4,00]	0,17	3,33 [2,33-3,70]	0,7	3,33 [2,25-4,00]	0,83	2,37 [2,94-3,12]	0,46
Sí	291 (96,7)	2,87 [2,50-3,25]		4,00 [3,80-4,00]		3,33 [2,83-3,66]		3,00 [2,66-4,00]		2,87 [2,50-3,25]	
Estat Civil (civil status 2 grups)											
Soltera	29 (9,6)	3,00 [2,63-3,37]	0,15	4,00 [3,40-4,00]	0,07	3,33 [2,66-3,58]	0,81	3,00 [2,33-3,66]	0,3	3,27 [2,95-3,50]	0,93
Parella	272 (90,4)	2,87 [2,40-3,25]		4,00 [3,80-4,00]		2,83 [2,83-3,66]		3,00 [2,66-4,00]		3,22 [2,90-3,50]	

Variables no Paramètriques expressades en Med [RiQ p25-p75]: Test U de Mann-Whitney

4.6. RELACIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES CLÍNIQUES I L'INTERVENCIÓ INTRAPART AMB EL NIVELL DE SATISFACCIÓ DE LES DONES

Els resultats del nivell de satisfacció de les dones en el procés de part i la relació amb les variables clíniques s'expressen a les **Taules 22-24**.

Variables clíniques segons el domini de capacitat personal del CEQ

La capacitat personal va obtenir puntuacions majors en dones múltiples [2,87(DS:0,55)] versus dones nul·líparas [2,74(DS:0,59)] ($p=0,05$), ateses per llevadores durant l'expulsiu [2,9(DS:0,53)] versus ateses per obstetres [2,67(DS:0,59)] ($p\leq 0,01$), i dones amb un part d'inici espontani [2,87(DS:0,58)] versus un inici de part induït [2,68(DS: 0,53)]($p=0,04$) (**Taula 22**)

També s'observaren diferències significatives segons el tipus de part, les dones amb un part eutòcic tenien més sensació de capacitat personal que les dones amb un part distòcic [2,81 (DS:0,54) versus 2,59 (DS:0,58)] ($p\leq 0,01$) (**Taula 22**). Específicament fent comparacions per parelles segons el tipus de part, les dones obtingueren diferències estadísticament significatives en la puntuació de capacitat personal del qüestionari CEQ ($p\leq 0,01$) en les següents categories: les dones que havien tingut un part vaginal amb epidural [Mediana:3,00 (RiQ:2,56-3,37)] obtingueren puntuacions majors en capacitat personal que les que havien tingut un part instrumentat [Mediana:2,62 (RiQ: 2,37-3,12)]($p\leq 0,01$) i que les dones que havien tingut una cesària intrapart [Mediana:2,50 (RiQ:2,12 -2,87)]($p\leq 0,01$). Pel que fa a les dones que havien tingut un part natural [Mediana:2,87 (RiQ:2,62-3,25)], també obtingueren puntuacions majors en la capacitat personal comparades amb les dones que havien tingut una cesària intrapart [Mediana:2,50 (RiQ:2,12 -2,87)]($p=0,04$) (**Taula 23**)

Referent a la sensació de capacitat personal segons els mètodes analgèsics utilitzats intrapart també s'obtingueren alguns resultats significatius (**Taula 23 i 24**). Les dones que utilitzaren exclusivament mesures d'analgèsia no farmacològiques [Mediana:2,56 (RiQ:2,25-2,87)] obtingueren puntuacions majors de capacitat personal que les dones que utilitzaren mètodes d'analgèsia combinats (farmacològics i no farmacològics) [Mediana:2,25 (RiQ:1,75-2,75)]($p=0,03$) (**Taula 23**). Per contra, s'observaren puntuacions majors en la sensació de capacitat personal en les dones que utilitzaren mètodes no farmacològics com per exemple la termoteràpia [2,84 (DS:0,58) versus 2,69 (DS:0,51)] ($p=0,05$), la hidroteràpia [2,86 (DS:0,55) versus 2,61 (DS:0,58)]($p=0,01$) i el massatge [2,86 (DS:0,55) versus 2,61 (DS:0,58)]($p\leq 0,01$), comparat amb dones que no utilitzaven aquests mètodes (**Taula 24**).

La sensació de capacitat personal també fou major en aquelles dones que el nadó havia obtingut una puntuació al Test d'Apgar superior a 8 als 5 minuts de vida [Mediana:2,87 (RiQ:2,50-3,25)] comparada

amb les que la puntuació del Test d'Agpar havia estat igual o menor a 7 [Mediana:1,25 (RiQ:1,25-1,50)]($p \leq 0,01$) (**Taula 23**).

Variables clíniques segons domini suport professional del CEQ

Només s'obtingueren resultats significatius en les puntuacions del domini de suport professional segons la utilització d'analgèsia tèrmica intrapart. Les dones que utilitzaren la termoteràpia [3,87 (DS:0,04)] obtingueren puntuacions de suport professional superior que les que no havien utilitzat aquest mètode analgèsic [3,76 (DS:0,03)];($p=0,04$) (**Taula 24**).

Variables clíniques segons domini seguretat del CEQ

Quant a les puntuacions del domini de sensació de seguretat, aquestes foren majors quan el part era a terme [3,27 (DS 0,54)] versus preterme [2,95 (DS:0,70)]($p \leq 0,01$), d'inici espontani [3,33 (DS:0,56)] versus induït [3,04(DS:0,53)]($p \leq 0,01$), sense utilització d'oxitocina intrapart [3,37 (DS:0,58)] versus la utilització d'oxitocina [3,19 (DS:0,56)]($p=0,01$), i assistit a l'expulsiu per una llevadora o LLIR [3,38 (DS:0,49)] versus per un obstetra [3,06 (DS:0,60)] ($p \leq 0,01$) (**Taula 22**).

Pel que fa al tipus de part, les dones que tingueren un part eutòcic obtingueren puntuacions majors en el domini de sensació de seguretat que les dones que tingueren un part distòcic [3,35 (DS:0,50) versus 2,94 (DS:0,60)]($p \leq 0,01$) (**Taula 24**).

Si es comparen els resultats segons els diferents tipus de part, les dones que van tenir un part natural tenien majors puntuacions del domini de sensació de seguretat [Mediana:3,50 (RiQ:3,16-3,83)] que les dones assistides en un part instrumentat [Mediana:3,00 (RiQ:2,66-3,50)]($p \leq 0,01$) o un part per cesària itinerant [Mediana:2,66 (RiQ:2,25-3,08)]($p \leq 0,01$) (**Taula 23**). Pel que fa a les dones assistides en un part vaginal amb analgèsia peridural, aquestes també obtingueren puntuacions majors en el domini de seguretat [Mediana:3,33 (RiQ:3,00-3,66)], comparades amb les dones assistides per part instrumentat [Mediana:3,00 (RiQ:2,66-3,50)]($p=0,03$) o per cesària itinerant [Mediana:2,66 (RiQ:2,25-3,08)]($p \leq 0,01$) (**Taula 23**).

Segons la utilització de mesures d'analgèsia, les dones que utilitzaren exclusivament mesures d'analgèsia no farmacològiques obtingueren puntuacions majors de sensació de seguretat [Mediana:3,16 (RiQ:2,76-3,66)] que les dones que utilitzaren mètodes d'analgèsia combinats (farmacològics i no farmacològics) [Mediana:2,83 (RiQ:2,33-3,16)]($p=0,03$) (**Taula 23**). Les dones que no havien utilitzat l'analgèsia peridural obtingueren puntuacions majors de sensació de seguretat que les que l'havien utilitzada [3,46 (DS:0,40) versus 3,16 (DS:0,59)]($p \leq 0,01$) (**Taula 24**).

Per altra banda, les dones amb nadons ingressats a la UCIN [Mediana:2,33 (RiQ:1,83-3,00)] obtingueren puntuacions menors en la sensació de seguretat que les dones que no se'ls havia separat del seu nadó al néixer [Mediana:3,00 (RiQ:2,50-3,33)]($p \leq 0,01$). Les dones que l'Apgar dels seus nadons havia estat igual o inferior a 7 als 5 minuts de vida obtingueren menor puntuació en la sensació de seguretat [Mediana:1,83 (RiQ:1,58-2,00)] que les dones que el seu nadó tenia un Apgar superior a 8 [Mediana:3,33 (RiQ:2,83-3,66)]($p \leq 0,01$). **(Taula 23).**

Variables clíniques segons domini participació del CEQ

S'obtingueren puntuacions majors en el domini de participació en les dones que tingueren un part a terme [3,11 (DS:0,83)] versus preterme [2,95 (DS:0,70)] ($p \leq 0,01$), d'inici espontani [3,12 (DS:0,85)] versus induït [2,88(DS:0,90)] ($p = 0,02$), ateses a l'expulsiu per una llevadora o LLIR [3,22 (DS:0,78)] versus un obstetra [2,83(DS:0,93)]($p \leq 0,01$), i amb una gestació categoritzada de baix risc [3,22 (DS:0,79)] versus alt risc [2,90 (DS:0,91)]($p \leq 0,01$) **(Taula 22).**

També s'observà que les dones que havien tingut un part eutòcic obtingueren majors puntuacions en el domini de participació [3,15(DS:0,83)] que les que havien tingut un part distòcic [2,78 (DS:0,92)]($p \leq 0,01$) **(Taula24).**

Segons el tipus de part, les dones que havien tingut una cesària itinerant obtingut puntuacions de participació menors [Mediana:2,66 (RiQ:1,33-3,33)] que les dones que havien estat ateses en un part natural [Mediana:3,66 (RiQ:3,00-4,00)]($p \leq 0,01$) o un part vaginal amb analgèsia epidural [Mediana:3,00 (RiQ:2,66-3,66)]($p = 0,03$). Per altra banda, les dones que tingueren un part instrumentat obtingueren puntuacions menors en el domini de participació [Mediana:3,00 (RiQ:2,33-3,66)] que les dones que havien estat ateses per part natural [Mediana:3,66 (RiQ:3,00-4,00)]($p \leq 0,01$). I les dones que tingueren un part natural van referir tenir major sensació de participació [Mediana:3,66 (RiQ:3,00-4,00)] que les que havien estat ateses per un part vaginal amb analgèsia epidural [Mediana:3,00 (RiQ:2,66-3,66)]($p = 0,03$) **(Taula 23).**

Les dones que el seu nadó va requerir ingrés a la UCIN obtingueren puntuacions del domini de participació menors [Mediana:1,66 (RiQ:1,00-2,33)] que les dones el nadó de les quals no havia requerit ingrés [Mediana:2,66 (RiQ:2,00-3,33)]($p \leq 0,01$)**(Taula 23).**

Pel que fa a les mesures d'analgèsia utilitzades, les dones que utilitzaren mètodes d'analgèsia combinats intrapart (farmacològics i no farmacològics) obtingueren puntuacions majors en el domini de participació [Mediana:2,66 (RiQ:2,00-3,33)] que les dones que exclusivament utilitzaren analgèsia farmacològica [Mediana:2,33 (RiQ:1,00-2,83)]($p = 0,03$)**(Taula 23).** Les dones que utilitzaren la

termoteràpia [(3,35 (DS:0,07))] i l'esferodinàmia [(3,17 (0,80))] obtinguren majors puntuacions en el domini de participació en comparació amb les dones que no havien utilitzat ni la termoteràpia [2,94 (DS:0,06)]($p \leq 0,01$), ni l'esferodinàmia [2,93 (DS:0,91)]($p = 0,02$). **(Taula 24).**

Per contra les dones que utilitzaren l'analgèsia epidural [2,94 (DS:0,88)] obtingueren puntuacions menors en participació que les que si que l'havien utilitzat [3,36 (DS:0,76)]($p \leq 0,01$) **(Taula 24).**

Variables clíniques segons nivell satisfacció global del CEQ

Les puntuacions globals de satisfacció del CEQ van ser majors en dones assistides en part a terme [3,20 (DS:0,41)] comparades amb els parts preterme [3,04 (DS:0,50)]($p = 0,04$), majors en múltiples [3,23 (DS:0,38)] comparades amb nul·líparas [3,12 (DS:0,46)]($p = 0,03$), majors en categoritzades de baix o mitjà risc durant l'embaràs [3,24 (DS:0,39)] comparades amb categoritzades de risc alt o molt alt [3,13 (DS:0,45)]($p = 0,03$), majors quan l'inici del part era espontani [3,25 (DS:0,42)] comparat amb un inici induït [3,04 (DS:0,40)]($p \leq 0,01$) i majors en dones assistides per llevadores o LLIRS [3,28 (DS:0,40)] comparades amb assistides per obstetres o MIRs a l'expulsiu [3,05 (DS:0,43)]($p \leq 0,01$) **(Taula 22).**

Les puntuacions de satisfacció al CEQ foren majors en els parts eutòcics [3,15 (DS:0,83)] comparades amb les puntuacions obtingudes en parts distòcics [2,78 (DS:0,92)] ($p \leq 0,01$) **(Taula 24).** Específicament segons el tipus de part, les dones que tingueren una cesària itinerant obtingueren puntuacions de participació menors [Mediana:2,90 (RiQ:2,41-3,16)] que les dones que havien estat ateses en un part natural [Mediana:3,36 (RiQ:3,13-3,57)]($p \leq 0,01$) o un part vaginal amb analgèsia epidural [Mediana:3,31 (RiQ:2,90-3,56)]($p = 0,03$). Per altra banda, les dones que havien tingut un part instrumentat obtingueren puntuacions menors [Mediana:3,13 (RiQ:2,90-3,31)] en el nivell de satisfacció que les dones que han estat ateses per part natural [Mediana:3,36 (RiQ:3,13-3,57)]($p \leq 0,01$). Les dones que havien tingut un part natural obtingueren puntuacions majors de satisfacció [Mediana:3,36 (RiQ:3,13-3,57)] que les que havien estat ateses per un part vaginal amb analgèsia epidural [Mediana:3,31 (RiQ:2,90-3,56)]($p = 0,03$) **(Taula 23).**

Les dones que el seu nadó havia requerit ingrés a la UCIN obtingueren puntuacions menors de satisfacció [Mediana:2,54 (RiQ:2,32-2,95)] que les dones el nadó de les quals no havia requerit ingrés [Mediana:3,00 (RiQ: 2,59-3,27)] ($p \leq 0,01$). Per altra banda, les dones que el seu nadó obtingué un Test d'Apgar inferior o igual a 7 als 5 minuts de vida obtingueren puntuacions de satisfacció menors [Mediana:2,31 (RiQ:1,95-2,36)] que les dones el nadó de les quals la puntuació del Test d'Apgar era superior a 8 [Mediana:3,22 (RiQ: 2,95-3,50)]($p \leq 0,01$) **(Taula 23).**

Referent a les mesures d’analgèsia utilitzades, les dones que utilitzaren mesures d’analgèsia combinada obtingueren puntuacions de satisfacció majors [Mediana:2,90 (RiQ:2,50-3,13)] comparades amb les dones que exclusivament utilitzaren mesures farmacològiques [Mediana:2,86 (RiQ:2,50-3,22)] ($p=0,03$) (**Taula 23**). Per altra banda, s’obtingueren menors puntuacions de satisfacció en les dones que utilitzaren la hidroteràpia [3,08 (DS:0,41)] i l’analgèsia epidural [3,14 (DS:0,44)], comparat amb les que no havien utilitzat la hidroteràpia [3,21 (DS:0,42)] ($p=0,03$), ni les que no havien utilitzat l’analgèsia epidural [3,31 (DS:0,32)] ($p\leq 0,01$) (**Taula 24**)

Taula 22. Nivell de satisfacció segons les variables clíniques I

Variables Obstètriques i Clíniques	Variables Nivell de Satisfacció										
	Total	CP-CEQ		SP-CEQ		S-CEQ		P-CEQ		CEQ final	
Mostra (n=301)	N	M(DS)	p	M(DS)	p	M(DS)	p	M(DS)	p	M(DS)	p
Edat gestacional grups											
Part preterme	37 (12,3)	2,88 (0,55)	0,36	3,73 (0,49)	0,41	2,95 (0,70)	0,001	2,49 (0,99)	≤0,001	3,04 (0,50)	0,04
Part a terme	264 (87,7)	2,79 (0,57)		3,79 (0,42)		3,27 (0,54)		3,11 (0,83)		3,20 (0,41)	
Paritat											
Nul·lípara	144 (47,8)	2,74 (0,59)	0,05	3,77 (0,46)	0,52	3,17 (0,61)	0,07	2,96 (0,93)	0,15	3,12 (0,46)	0,03
Múltipara	157 (52,2)	2,87 (0,55)		3,80 (0,41)		3,29 (0,52)		3,11 (0,82)		3,23 (0,38)	
Categorització risc gestació											
Baix/Mig	134 (44,5)	2,85 (0,53)	0,26	3,80 (0,48)	0,78	3,30 (0,51)	0,06	3,22 (0,79)	0,002	3,24 (0,39)	0,03
Alt/Molt alt	167 (55,5)	2,77 (0,59)		3,78 (0,39)		3,18 (0,60)		2,90 (0,91)		3,13 (0,45)	
Professional atenció expulsiu											
Llevador/LLIR	161 (53,5)	2,92 (0,53)	≤0,001	3,78 (0,44)	0,617	3,38 (0,49)	≤0,001	3,22 (0,78)	≤0,001	3,28 (0,40)	≤0,001
Obstetra/MIR	140 (46,5)	2,67 (0,59)		3,80 (0,43)		3,06 (0,60)		2,83 (0,93)		3,05 (0,43)	
Inici de part											
Esponatani	200 (66,4)	2,87 (0,58)	0,04	3,81 (0,42)	0,26	3,33 (0,56)	≤0,001	3,12 (0,85)	0,02	3,25 (0,42)	≤0,001
Induït	101 (33,6)	2,68 (0,53)		3,75 (0,45)		3,04 (0,53)		2,88 (0,90)		3,04 (0,40)	
Oxitocina											
No	223 (74,1)	2,79 (0,57)		3,80 (0,44)		3,37 (0,58)		2,99 (0,85)		3,15 (0,42)	
Sí	78 (25,9)	2,86 (0,47)	0,35	3,77 (0,43)	0,61	3,19 (0,56)	0,01	3,18 (0,90)	0,11	3,25 (0,42)	0,09

Variables paramètriques expressades en Mitjana(Desviació Standard): T-Student

Taula 23. Nivell de satisfacció segons les variables clíniques II

Variables Obstètriques i Clíniques	Variables Nivell de Satisfacció										
	Total	CP-CEQ		SP-CEQ		S-CEQ		P-CEQ		CEQ final	
Mostra (n=301)	N (%)	μ(P25-P75)	P	μ(P25-P75)	P	μ(P25-P75)	P	μ(P25-P75)	P	μ(P25-P75)	P
Ingrés UCI nounatal											
No	270 (89,7)	2,50 (2,00-2,87)	0,19	3,80 (3,20-4,00)	0,48	3,00 (2,50-3,33)	≤0,01	2,66 (2,00-3,33)	≤0,01	3,00 (2,59-3,27)	≤0,01
Sí	31 (10,3)	2,37 (1,45-2,75)		3,60 (2,64-4,00)		2,33 (1,83-3,00)		1,66 (1,00-2,33)		2,54 (2,32-2,95)	
Tipus de part 4 grups*											
Natural	68 (22,6)	2,87 (2,62-3,25)		4,00 (3,80-4,00)		3,50 (3,16-3,83)		3,66 (3,00-4,00)		3,36 (3,13-3,57)	
Eutòcic	145 (48,2)	3,00 (2,56-3,37)	≤0,01	4,00 (3,80-4,00)	0,16	3,33 (3,00-3,66)	≤0,01	3,00 (2,66-3,66)	≤0,01	3,31 (2,90-3,56)	≤0,01
Instrumentat	59 (19,6)	2,62 (2,37-3,12)		4,00 (4,00-4,00)		3,00 (2,66-3,50)		3,00 (2,33-3,66)		3,13 (2,90-3,31)	
Cesària intrapart	29 (9,6)	2,50 (2,12 -2,87)		4,00 (3,50-4,00)		2,66 (2,25-3,08)		2,66 (1,33-3,33)		2,90 (2,41-3,16)	
Mesures Analgèsia grups*											
Cap mesura	23 (7,6)	2,75 (2,25-2,87)		4,00 (3,36-4,00)		3,16 (2,96-3,50)		3,00 (1,66-3,33)		3,09 (2,95-3,31)	
Farmacològica	100 (33,2)	2,62 (2,00-3,00)	0,03	3,80 (3,00-4,00)	0,445	2,70 (2,18-3,33)	≤0,01	2,33 (1,00-2,83)	≤0,01	2,86 (2,50-3,22)	0,03
No Farmacològica	45 (15,0)	2,56 (2,25-2,87)		3,50 (3,20-4,00)		3,16 (2,76-3,66)		3,00 (2,20-3,66)		3,13 (2,89-3,36)	
No farmacològica + farmacològica	133 (44,2)	2,25 (1,75-2,75)		3,80 (3,08-4,00)		2,83 (2,33-3,16)		2,66 (2,00-3,33)		2,90 (2,50-3,13)	
Apgar 5' grupal											
Apgar ≤ 7	3 (1)	1,25 (1,25-1,50)	≤0,01	4,00 (3,40-4,00)	0,679	1,83 (1,58-2,00)	≤0,01	2,00 (1,50-2,66)	0,12	2,31 (1,95-2,36)	≤0,01
Apgar ≥ 8	298 (99)	2,87 (2,50-3,25)		4,00 (3,80-4,00)		3,33 (2,83-3,66)		3,00 (2,66-4,00)		3,22 (2,95-3,50)	

Variables no Paramètriques expressades en Mediana (RiQ:p25-p75): Test U de Mann-Whitney * Kurskal Wallis Grups amb diferències significatives 2x2 en negreta. .

Taula 24. Nivell de satisfacció segons les variables clíniques III

Variables Obstètriques i Clíniques	Variables Nivell de Satisfacció										
	Total	CP-CEQ		SP-CEQ		S-CEQ		P-CEQ		CEQ final	
Mostra (n=301)	N (%)	M(DS)	p	M(DS)	p	M(DS)	p	M(DS)	p	M(DS)	p
Tipus de Part											
Eutòcic	213 (70,8)	2,81 (0,54)	≤0,01	3,77 (0,46)	0,26	3,35 (0,50)	≤0,01	3,15 (0,83)	≤0,01	3,15 (0,83)	≤0,01
Distòcic	88 (29,2)	2,59 (0,58)		3,83 (0,34V)		2,94 (0,60)		2,78 (0,92)		2,78 (0,92)	
Termoteràpia											
No	229 (76,1)	2,84 (0,58)		3,76 (0,03)		3,24 (0,57)		2,94 (0,06)		2,86 (2,50-3,22)	
Sí	72 (23,9)	2,69 (0,51)	0,05	3,87 (0,04)	0,04	3,21 (0,54)	0,75	3,35 (0,07)	≤0,01	3,09 (2,95-3,31)	0,70
Hidroteràpia											
No	229 (76,1)	2,61 (0,58)		3,78 (0,45)		3,14 (0,45)		3,03 (0,85)		3,08 (0,41)	
Sí	72 (23,9)	2,86 (0,55)	0,01	3,79 (0,42)	0,82	3,26 (0,42)	0,11	3,05 (0,88)	0,89	3,21 (0,42)	0,03
Massatge											
No	248 (82,4)	2,61 (0,58)		3,81 (0,39)		3,28 (0,57)		3,18 (0,82)		3,15 (0,39)	
Sí	53 (17,6)	2,86 (0,55)	≤0,01	3,78 (0,44)	0,65	3,22 (0,56)	0,46	3,01 (0,88)	0,18	3,18 (0,43)	0,59
Esferodinàmia											
No	166 (55,1)	2,85 (0,58)		3,78 (0,45)		3,21 (0,60)		2,93 (0,91)		3,17 (0,45)	
Sí	135 (44,9)	2,74 (0,54)	0,10	3,79 (0,40)	0,90	3,25 (0,52)	0,49	3,17 (0,80)	0,02	3,18 (0,38)	0,87
Anestèsia Peridural/Raquidea											
No	68 (22,6)	2,88 (0,44)		3,79 (0,40)		3,46 (0,40)		3,36 (0,76)		3,31 (0,32)	
Sí	233 (77,4)	2,78 (0,60)	0,16	3,78 (0,44)	0,89	3,16 (0,59)	≤0,01	2,94 (0,88)	0,01	3,14 (0,44)	≤0,01

Variables paramètriques expressades en Mitjana(Desviació Standard): T-Student

Variables clíniques segons nivell de dolor, control i seguretat en l'escala VAS

Referent als resultats obtinguts del nivell de dolor, control i seguretat en l'escala VAS segons les variables clíniques, s'obtingueren alguns resultats significatius exposats a continuació (**Taula 25-27**)

En relació al nivell de dolor percebut, les dones en les que es va utilitzar oxitocina s'obtingueren puntuacions majors en aquest ítem a l'escala VAS comparat amb les que no se'ls va administrar oxitocina intrapart [7,90 (DS:2,74) versus 6,67 (DS:2,66)] ($p \leq 0,01$). Segons l'edat gestacional en el moment del part, les dones amb una un part a terme també van referir nivells de dolor superiors que les dones amb un part preterme [7,21 (DS:2,80) versus 5,43 (DS:3,40)] ($p \leq 0,01$). Les dones amb nadons els quals van requerir ingrés a la UCIN s'obtingueren puntuacions menors en l'escala de dolor VAS respecte a les dones el nadó de les quals no van requerir ingrés [5,58 (DS:3,39) versus 7,15 (DS:2,85)] ($p = 0,02$) (**Taula 25**).

Segons el tipus de part, les dones que tingueren un part eutòcic van referir puntuacions majors que les dones que tingueren un part distòcic, tant en el nivell de control [8,31 (DS:1,8) versus 7,28 (DS:2,78)] ($p \leq 0,01$) com en el nivell de seguretat [6,90 (DS:2,42) versus 5,75 (DS:3,14)] ($p \leq 0,01$) (**Taula 25**).

Referent el professional en la fase d'expulsiu, les dones que foren ateses per una llevadora o LLIR tingueren majors puntuacions en el nivell de seguretat VAS [7,06 (DS:2,33) versus 5,99 (DS:2,96)] ($p \leq 0,01$) i majors puntuacions en el nivell de control VAS [8,30 (DS:1,88) versus 7,68 (DS:2,48)] ($p = 0,01$), comparades amb les que foren ateses per obstetres o MIRs. (**Taula 25**)

Taula 25. Variables clíniques segons nivell de dolor, seguretat i control en escala VAS							
Variables clíniques	Total	Dolor VAS		Control VAS		Seguretat VAS	
Mostra (n=301)	N (%)	M(DS)	p	M(DS)	p	M(DS)	p
Edat gestacional grups							
Part preterme	37 (12,3)	5,43 (3,40)	≤0,01	6,57 (3,19)	0,99	7,73 (2,78)	0,41
Part a terme	264 (87,7)	7,21 (2,80)		6,56 (2,63)		8,05 (2,10)	
Categortizació risc gestació							
Baix/Mig	144 (47,8)	7,34 (2,67)	0,33	7,04 (2,33)	0,3	8,25 (1,81)	0,24
Alt/Molt alt	157 (52,2)	6,71 (3,11)		6,18 (2,90)		7,82 (2,44)	
Paritat							
Nul·lípara	144 (47,8)	6,92 (2,99)	0,68	6,36 (2,82)	0,22	7,92 (2,82)	0,51
Múltipara	157 (52,2)	7,06 (2,90)		6,75 (2,56)		8,09 (2,56)	
Professional atenció expulsiu							
Llevadora/LLIR	161 (53,5)	7,24 (2,67)	0,22	7,06 (2,33)	≤0,01	8,30 (1,88)	≤0,01
Obstetra/MIR	140 (46,5)	6,70 (3,20)		5,99 (2,96)		7,68 (2,48)	
Inici de part							
Espontani	200 (66,4)	6,97 (3,01)	0,87	6,76 (2,68)	0,08	8,09 (2,28)	0,4
Induït	101 (33,6)	7,03 (2,81)		6,18 (2,69)		7,86 (2,02)	
Oxitocina							
No	78 (25,9)	6,67 (2,66)		6,42 (2,94)		7,98 (2,14)	
Sí	223 (74,1)	7,90 (2,74)	≤0,01	6,97 (2,76)	0,11	8,10 (2,36)	0,66
Tipus de Part							
Eutòcic	213 (70,8)	7,15 (2,73)	0,16	6,90 (2,42)	≤0,01	8,31 (1,82)	≤0,01
Distòcic	88 (29,2)	6,59 (3,37)		5,75 (3,14)		7,28 (2,78)	
Ingrés UCI neonatal							
No	270 (89,7)	7,15 (2,85)	0,02	6,64 (2,59)	0,26	8,03 (2,14)	0,65
Sí	31 (10,3)	5,58 (3,39)		5,90 (3,45)		7,84 (2,67)	

Variables paramètriques expressades en Mitjana(Desviació Standard): T-Student

Els resultats de l’anàlisi del tipus d’analgèsia utilitzada intrapart amb el dolor percebut per les dones segons l’escala VAS que foren estadísticament significatius són els següents: les dones que van tenir un part amb analgèsia no farmacològica van percebre més dolor [Mediana:9,50 (RiQ:8,00-10,00)] que les dones que van tenir un part sense analgèsia [Mediana:8,00 (RiQ:7,00-10,00)] o amb analgèsia combinada [Mediana:8,00(RiQ:6,75-9,00)] ($p \leq 0,01$). Pel que fa a les dones que utilitzatren analgèsia farmacològica van referir nivells de dolor entre 2 i 2,5 punts menor a l’escala VAS comparat amb les dones que utilitzaren altres tipus d’analgèsia intrapart ($p \leq 0,01$). **(Taula 26).**

Taula 26. Nivell de Satisfacció Ítems CEQ segons tipus d’analgèsia utilitzada						
Variables Clíniques		Tipus d’analgèsia utilitzada				
	Total	Sense	Farmacològica	No farmacològica	Combinada	
		n=23 (7,6%)	n=100 (33,2%)	n=44 (14,6%)	n=134(44,5%)	
Mostra(n=301)	M (SD)	μ(P25-P75)	μ(P25-P75)	μ(P25-P75)	μ(P25-P75)	p
Dolor VAS	6,99 (2,94)	8,00 (7,00-10,00)	6,00 (2,25-9,00)	9,50 (8,00-10,00)	8,00(6,75-9,00)	$\leq 0,01$
Control VAS	6,56 (2,69)	8,00 (5,00-8,00)	7,00 (5,00-8,00)	7,50 (6,00-10,00)	7,00(5,00-8,00)	0,19
Seguretat VAS	8,01 (2,19)	8,00 (7,00-9,00)	8,50 (7,0-10,0)	9,00 (7,00-10,00)	9,00(7,0-10,0)	0,41

Variable quantitativa expresada en mitjana (DS); Ítems del 20 al 21 en escala de VAS del 0 al 10. Variable qualitativa expresada en mediana (percentils 25-75). Test Kursskal Wallis. Diferències significatives 2x2 en negreta amb contrast U-Mann Whitney.

Específicament segons cada tipus d’analgèsia utilitzat intrapart i el dolor referit segons l’escala VAS, les dones que utilitzaren la termoteràpia van referir majors puntuacions de dolor que les dones que no utilitzaren aquest mètode [7,90 (DS:2,05) versus 6,70 (DS:3,12)] ($p \leq 0,01$). Les dones que utilitzaren el massatge també van referir majors puntuacions de dolor que les que no l’havien utilitzat [7,70 (DS:2,02) versus 6,84 (DS:3,08)] ($p=0,01$). Igualment, les dones que utilitzaren l’esferodinàmia van referir majors puntuacions de dolor que les que no havien utilitzat aquest mètode [7,67 (DS:2,35) versus 6,44 (DS:3,25)] ($p \leq 0,01$). Per contra, les dones que utilitzaren l’analgèsia epidural van referir puntuacions menors en el dolor en escala VAS comparat am les dones que no l’havien utilitzat [8,78 (DS:1,42) versus 6,48 (DS:3,06)] ($p \leq 0,01$) **(Taula 27).**

També s'obtingueren diferències en la utilització de l'analgèsia epidural intrapart en relació al nivell de control VAS i el nivell de seguretat VAS. Les dones que no utilitzaren aquest mètode analgèsic obtingueren puntuacions majors que les que sí l'havien utilitzat, tant per seguretat [8,40(DS:1,56) versus 7,90(DS:2,33)](p=0,04) com per control [7,25 (DS:2,19) versus 6,36 (DS:2,79)] (p≤0,01) (**Taula 27**)

Taula 27. Variables clíniques segons nivell de dolor, seguretat i control en l'escala VAS							
Variables clíniques	Nivell de Satisfacció CEQ						
	Total	Dolor VAS		Control VAS		Seguretat VAS	
Mostra (n=301)	N (%)	M(DS)	p	M(DS)	p	M(DS)	p
Analgèsia Epidural							
No	67 (22,2)	8,78 (1,42)	≤0,01	7,25 (2,19)	≤0,01	8,40 (1,56)	0,04
Sí	234 (77,7)	6,48 (3,06)		6,36 (2,79)		7,90 (2,33)	
Termoteràpia							
No	229 (76,1)	6,70 (3,12)	≤0,01	6,46 (2,75)	0,26	7,98 (2,23)	0,65
Sí	72 (23,9)	7,90 (2,05)		6,88 (2,50)		8,11 (2,10)	
Hidroteràpia							
No	229 (76,1)	6,90 (2,93)	0,36	6,72 (2,62)	0,08	7,99 (2,20)	0,79
Sí	72 (23,9)	7,26 (2,95)		6,07 (2,87)		8,07 (2,20)	
Massatge							
No	248 (82,4)	6,84 (3,08)	0,01	6,66 (2,67)	0,18	8,03 (2,10)	0,7
Sí	53 (17,6)	7,70 (2,02)		6,11 (2,81)		7,91 (2,15)	
Esferodinàmia							
No	166 (55,1)	6,44 (3,25)	≤0,01	6,47 (2,78)	0,51	7,97 (2,32)	0,73
Sí	135 (44,9)	7,67 (2,35)		6,67 (2,60)		8,06 (2,04)	

Variables paramètriques expressades en Mitjana(Desviació Standard): T-Student.

Intervencionisme intrapart segons la satisfacció CEQ i les escales de dolor, seguretat i control VAS

A la **Taula 28** es mostren els resultats de les correlacions entre les variables de satisfacció i la variable nombre d'intervencions. S'obtingueren correlacions estadísticament significatives entre la satisfacció (r=-0,249; p≤0,001), la capacitat personal (r=-0,225; p≤0,001), la percepció de seguretat (r=-0,291; p≤0,001) i la participació (r=-0,150; p≤0,001), amb el nombre d'intervencions realitzades intrapart. També s'observà una correlació negativa entre el nombre d'intervencions i el nivell de control en escala VAS (r=-0,133; p=0,03) (**Taula 28**).

Taula 28. Nivell de satisfacció segons variable nombre d'intervencions			
Variables Nivell satisfacció			
Mostra (n=250)	Total	Nombre intervencions	
	M(DS)	Rho	p
CEQ final	3,18(0,43)	-,249	≤0,001
CP-CEQ	2,81(0,57)	-,225	≤0,001
SP-CEQ	3,79(0,44)	,088	0,168
S-CEQ	3,23(0,57)	-,291	≤0,001
P-CEQ	3,04(0,87)	-,150	≤0,018
Nivell de dolor VAS (de 0 a 10)	6,99 (2,94)	,037	0,557
Nivell de control VAS (de 0 a 10)	6,56 (2,69)	-,133	0,035
Nivell de seguretat VAS (de 0 a 10)	8,01 (2,19)	-,091	0,150

Variables numèriques expressades en Mitjana i Desviació Standard. Test no paramètric Rho Pearson.

4.7. VARIABLES PREDICTORES DE LA SATISFACCIÓ DE LES DONES EN EL PROCÉS DE

PART

De la **Taula 29 a la 34** s'observa el model de regressió lineal múltiple analitzant la satisfacció i tots els seus dominis obtinguda a partir dels ítems del qüestionari CEQ.

Nivell de satisfacció CEQ

A l'anàlisi de regressió lineal múltiple per explicar el nivell de satisfacció en funció de les variables estudiades, s'observà un menor nivell de satisfacció en parts induïts ($\beta = -0,18$; $p=0,000$), distòcics ($\beta = -0,20$; $p=0,000$), amb ingrés del nadó a la UCIN ($\beta = -0,16$; $p=0,036$), i quan l'Apgar era major a 8 ($\beta=0,95$; $p=0,000$) (**Taula 29**).

Taula 29. Resum Model Multivariant Nivell Satisfacció CEQ (n=301)				
Característiques	β	EE	95% IC de β	p
Inici de part (Espontani=1/Inducció=2)	-0,18	0,05	-0,27 – (-0,08)	0,000
Tipus de part (Eutòcic=1/Distòcic=2)	-0,20	0,05	-0,30 – (-0,10)	0,000
Ingrés UCIN (No=1/Si=2)	-0,16	0,08	-0,31 – (-0,01)	0,036
Apgar 5' ($\leq 8=1$ / $>8=2$)	0,95	0,23	0,49 – 1,42	0,000

Regressió Lineal Multivariant.

A la **Figura 10** es poden observar de forma gràfica els factors fortament associats al nivell de satisfacció de les dones amb el procés de part segons el CEQ resultant del model de regressió lineal descrit.

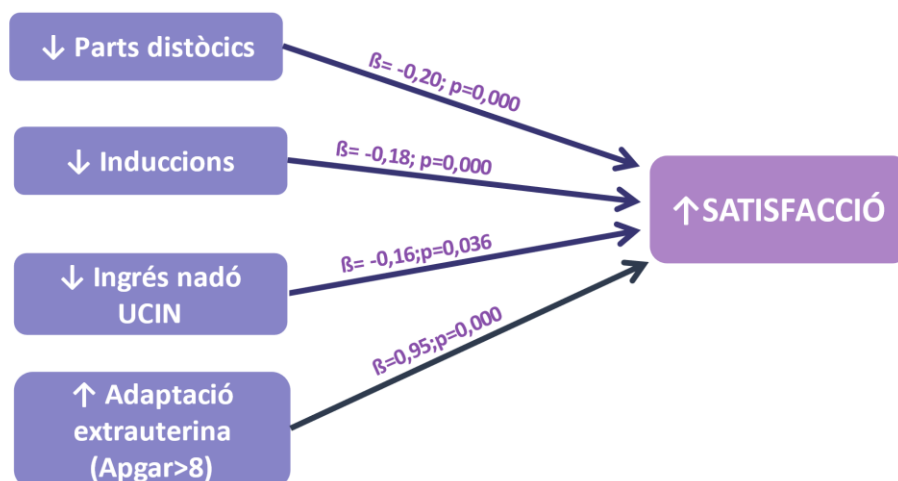


Figura 10. Relació de la satisfacció materna en funció del tipus de part, l'inici del part, l'ingrés del nadó a la UCIN i el valor del test d'Apgar als 5 minuts de vida.
Resultats del model de regressió lineal multivariant.

Nivell satisfacció domini seguretat CEQ (CEQ_S)

A la **Taula 30** s'observa el model de regressió lineal múltiple analitzant el nivell de seguretat percebut segons el domini de seguretat del CEQ manifestat per les participants, en funció de les variables estudiades. S'observà un menor nivell de seguretat en parts induïts ($\beta = -0,27$; $p = 0,000$), distòcics ($\beta = -0,31$; $p = 0,000$), amb ingrés del nadó a la UCIN ($\beta = -0,24$; $p = 0,02$), i quan l'Apgar era superior a 8, és a dir quan hi havia una bona adaptació extrauterina ($\beta = 1,22$; $p = 0,000$) (**Taula 30**).

Taula 30. Resum Model Multivariant Nivell Satisfacció Domini Seguretat CEQ (n=301)

Característiques	β	EE	95% IC de β	<i>p</i>
Inici de part (Espontani=1/ Inducció=2)	-0,27	0,06	-0,39 – (-0,14)	0,000
Tipus de part (Eutòcic=1/ Distòcic=2)	-0,31	0,06	-0,44 – (-0,19)	0,000
Ingrés UCIN (No=1/Si=2)	-0,24	0,10	-0,44 – (-0,04)	0,02
Apgar 5' ($\leq 8=1/ > 8=2$)	1,22	0,30	0,69 – 1,83	0,000

Regressió Lineal Multivariant.

A la **Figura 11** es poden observar de forma gràfica els factors fortament associats al nivell de seguretat de les dones amb el procés de part segons el CEQ resultant del model de regressió lineal descrit

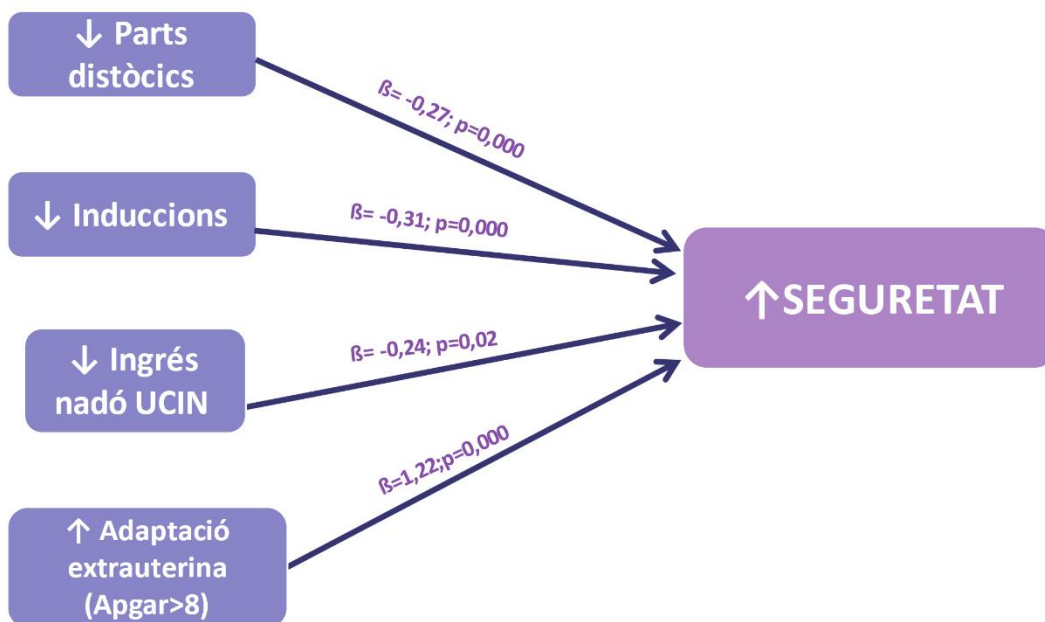


Figura 11. Relació de la sensació de seguretat materna en funció del tipus de part, l'inici del part, l'ingrés del nadó a la UCIN i el valor del test d'Apgar als 5 minuts de vida.

Resultats del model de regressió lineal mutivariant.

Nivell satisfacció domini Suport Professional CEQ (CEQ_SP)

A les **Taules 31 i 32** s'observa l'anàlisi de regressió lineal múltiple per explicar el nivell de satisfacció analitzant el domini de suport professional percebut, en funció de les variables estudiades. No s'observaren resultats significatius en cap dels ítems (**Taules 30-31**).

Taula 31. Resultats Multivariants Nivell Satisfacció Domini Suport Professional CEQ de les característiques Sociodemogràfiques (n=301)			
Característiques	β	95% IC de β	p
Edat materna (anys)	0,001	-0,01 – 0,01	0,67
Lloc de residència (Urbà=1/Rural=2)	0,07	-0,02 – 0,17	0,15
Origen (Autòctona=1/Immigrant=2)	-0,03	-0,14 – 0,07	0,57
Nivell d'estudis			
Obligatoris/ Especialitzats (Batxillerat, FP)	0,03	-0,11 – 0,17	0,67
Obligatoris/Superiors (Universitaris)	-0,01	-0,14 – 0,12	0,85
Estat ocupacional (Aturada=1/Activa=2)	0,02	-0,09 – 0,13	0,72
Estat de convivència (Soltera=1/Parella=2)	0,09	-0,08 – 0,25	0,30
Assistència classes pre-part (No=1/Sí=2)	0,006	-0,09 – 0,10	0,90
Presència d'acompanyant durant el part (No=1/Sí=2)	0,11	-0,16 – 0,39	0,41
Seguiment de l'embaràs			
Centre Públic/Centre Privat	0,04	-0,13 – 0,22	0,62
Centre Públic/ Mixta	-0,06	-0,22 – 0,09	0,41
Hospital de referència escollit pel part (No UCIN=1/Sí UCIN=2)	0,1	-0,01 – 0,23	0,09
Raons per canviar de centre de referència			
Sense canvi/ Canvi en el risc d'embaràs	-0,11	-0,25 – (-0,02)	0,10
Sense canvi/ Canvi per decisió personal	-0,08	-0,33 – 0,17	0,54

Regressió Lineal Univariant; pvalor significatiu igual o inferior a 0,05

Taula 32. Resultats Multivariants Nivell Satisfacció Domini Suport Professional CEQ de les característiques Clíniques (n=301)

Característiques	β	95% IC de β	<i>p</i>
Edat gestacional	0,12	-0,008 – 0,03	0,24
Edat gestacional (Preterme=1/Terme=2)	0,06	-0,08 – 0,21	0,41
Paritat (Nul·lípara=1/Multípara=2)	0,03	-0,06 – 0,13	0,52
Categortizació Risc Embaràs (Baix risc=1/Alt risc=2)	-0,01	-0,11 – 0,08	0,78
Professional Expulsiu (Llevadora=1/Obstetra=2)	0,02	-0,07 – 0,12	0,61
Inici de part (Espontani=1/Inducció=2)	-0,06	-0,16 – 0,04	0,26
Utilització Oxitocina intrapart (No=1/Sí=2)	-0,02	-0,14 – 0,08	0,61
Tipus de part (Eutòcic=1/Distòcic=2)	0,7	-0,04 – 0,17	0,20
Tipus de part segons categoria			
Natural/Vaginal amb peridural	-0,05	-0,17 – (0,08)	0,46
Natural/ Instrumentat	0,09	-0,05 – (-0,05)	0,21
Natural/Cesària intrapart	-0,11	-0,30 – (-0,31)	0,23
Utilització analgèsia intrapart (No=1/Sí=2)	0,11	-0,07 – 0,30	0,23
Tipus analgèsia intrapart			
Sense analgèsia/Farmacològica	-0,15	-0,34 – 0,05	0,15
Sense analgèsia/No farmacològica	-0,15	-0,37 – 0,07	0,18
Sense analgèsia/No farmacològica+farmacològica	-0,07	-0,27 – 0,11	0,43
Utilització Termoteràpia (No=1/Sí=2)	0,11	-0,22 – 0,008	0,07
Utilització Hidroteràpia (No=1/Sí=2)	-0,03	-0,10 – 0,16	0,65
Utilització Massatge (No=1/Sí=2)	-0,006	-0,09 – 0,10	0,90
Utilització Esferodinàmia (No=1/Sí=2)	-0,008	-0,12 – 0,11	0,90
Utilització Analgèsia Peridural/Raquidea (No=1/Sí=2)	0,11	-0,07 – 0,30	0,23
Sense analgèsia (No=1/Sí=2)	-0,1	-0,26 – 0,06	0,21
Ingrés UCIN (No=1/Sí=2)	-0,1	-0,27 – 0,60	0,20
Apgar 5'	0,03	-0,05 – 0,12	0,44
Apgar 5' ($\leq 8=1/ >8=2$)	0,19	-0,30 – 0,69	0,45

Regressió Lineal Univariant, pvalor significatiu igual o inferior a 0,05

Nivell satisfacció domini capacitat personal CEQ (CEQ_CP)

A la **Taula 33** s'observa el model de regressió lineal múltiple analitzant el nivell de capacitat personal percebut segons aquest domini del CEQ manifestat per les participants, en funció de les variables estudiades. S'observà un menor nivell de seguretat en parts induïts ($\beta = -0,16$; $p=0,000$), distòcics ($\beta = -0,24$; $p=0,000$), amb edat gestacional preterme ($\beta = -0,19$; $p=0,048$) i que no havien utilitzat l'hidroteràpia intrapart ($\beta = -0,16$; $p=0,029$). També hi havia una sensació de capacitat personal major quan l'Apgar era superior a 8, és a dir que hi havia una bona adaptació extrauterina ($\beta = 1,55$; $p=0,000$), i la dona tenia una ocupació activa ($\beta = 0,24$; $p=0,000$), (**Taula 33**).

Taula 33. Resum Model Multivariant Nivell Satisfacció Domini Capacitat Personal CEQ (n=301)

Característiques	β	EE	95% IC de β	p
Inici de part (Espontani=1/Inducció=2)	-0,16	0,06	-0,29 – (-0,03)	0,000
Tipus de part (Eutòcic=1/ Distòcic=2)	-0,24	0,06	-0,37 – (-0,11)	0,000
Hidroteràpia (No=1/Sí=2)	-0,16	0,07	-0,30 – (-0,01)	0,029
Agpar 5' ($\leq 8=1/ > 8=2$)	1,55	0,31	0,94– 2,15	0,000
Edat gestacional (Preterme=1/Terme=2)	-0,19	0,09	-0,37 – (-0,001)	0,048
Ocupació (Aturada=1/Activa=2)	0,24	0,06	0,11 – 0,37	0,000

Regressió Lineal Multivariant

A la **Figura 12** es poden observar de forma gràfica els factors fortament associats a la capacitat personal percebuda de les dones amb el procés de part segons el CEQ resultant del model de regressió lineal descrit.

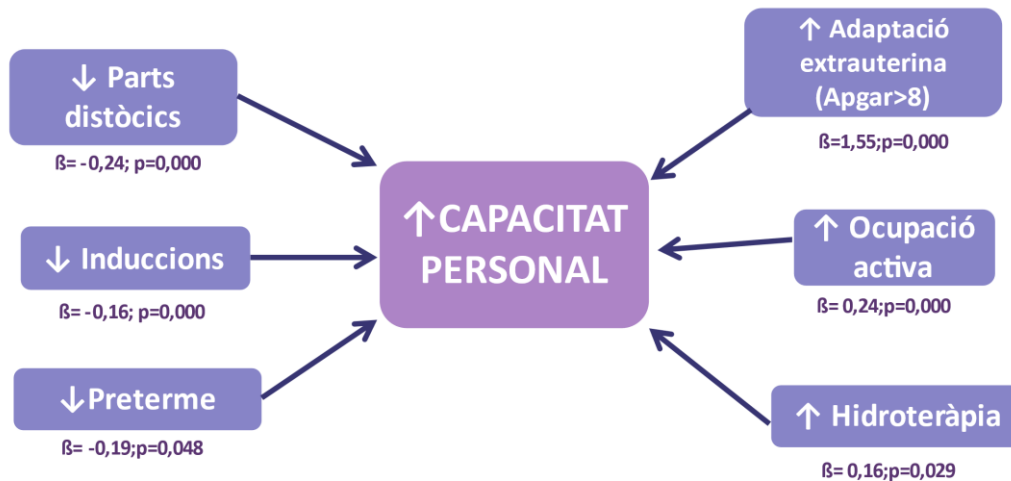


Figura 12. Relació de la sensació de capacitat personal materna en funció del tipus de part, l'inici del part, l'edat gestacional del nadó al moment del part, la utilització d'hidroteràpia, el valor del test d'Apgar als 5 minuts de vida i la situació d'ocupació materna. Resultats del model de regressió lineal multivariant.

Nivell satisfacció en el domini participació CEQ (CEQ_P)

A la **Taula 34** s'observa el model de regressió lineal múltiple analitzant el nivell de participació percebut segons aquest domini del CEQ manifestat per les participants, en funció de les variables estudiades. S'observà un menor nivell de participació en parts induïts ($\beta = -0,21$; $p = 0,034$), quan no s'havia utilitzat la termoteràpia intrapart com a mètode d'analgèsia ($\beta = -0,43$; $p = 0,000$), quan el professional d'atenció a l'expulsiu era una obstetra/MIR ($\beta = -0,28$; $p = 0,005$), i quan el nadó havia requerit ingrés a la UCIN ($\beta = -0,65$; $p = 0,000$). També hi havia una sensació de participació major quan la dona era d'origen immigrant ($\beta = 0,20$; $p = 0,047$) (**Taula 34**).

Taula 34. Resum Model Multivariant Nivell Satisfacció Domini Participació CEQ (n=301)				
Característiques	β	EE	95% IC de β	<i>p</i>
Inici de part (Espontani=1/Inducció=2)	-0,21	0,10	-0,41 – (-0,02)	0,034
Termoteràpia (No=1/Sí=2)	-0,43	0,10	-0,65 – (-0,22)	0,000
Ingrés UCIN (No=1/Sí=2)	-0,65	0,16	-0,97 – (-0,34)	0,000
Professional Expulsiu (Llevadora=1/Obstetra=2)	-0,28	0,09	-0,47 – (-0,08)	0,005
Origen (Autòctona=1/ Immigrant=2)	0,20	0,10	-0,41 – (-0,02)	0,047

Regressió Lineal Multivariant

A la **Figura 13** es poden observar de forma gràfica els factors fortament associats amb la percepció de participació de les dones amb el procés de part segons el CEQ resultant del model de regressió lineal descrit.

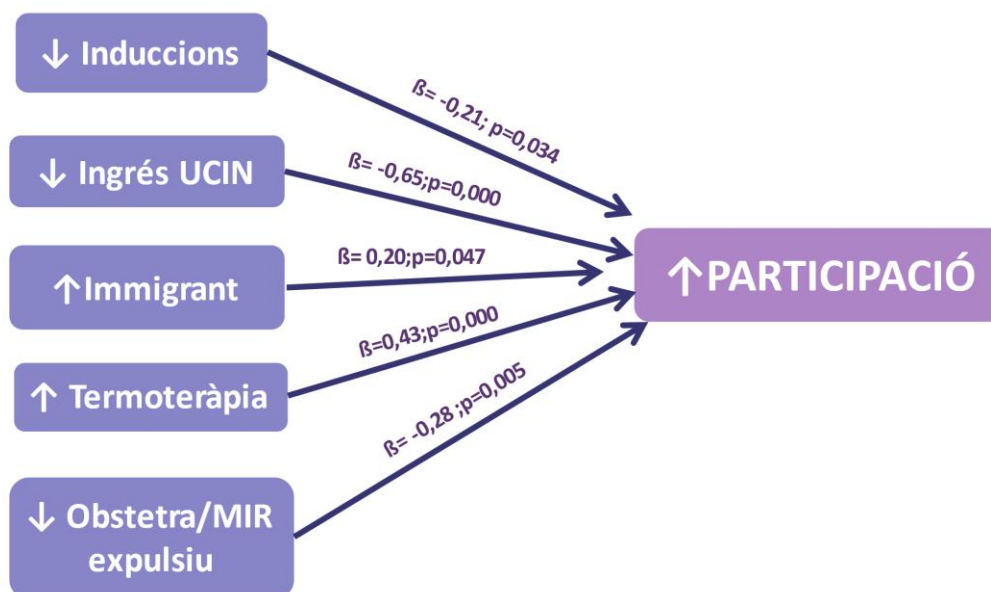


Figura 13. Relació de la sensació de participació materna en funció de l'inici del part, l'edat gestacional del nadó al moment del part, l'ingrés del nadó a la UCIN, la utilització de termoteràpia, el professional d'atenció a l'expulsiu i l'origen matern.

Resultats del model de regressió lineal multivariant.

5. DISCUSSIÓ

En la present investigació s’ha estudiat l’atenció al part i la satisfacció de les dones ateses a l’Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. A continuació es presenta la discussió dels principals resultats de l’estudi comparant-los amb altres estudis en funció dels objectius establerts en aquest projecte. Tal com s’ha descrit en el marc teòric, la satisfacció de les dones en el procés de part és multifactorial, on les dones puntuen amb bons nivells la seva experiència rebuda en la majoria d’escala de satisfacció, tot i que quan aquesta s’explora de manera qualitativa solen aparèixer més aspectes a millorar (155).

Aquest treball ha perseguit 7 objectius de recerca. Per una part descriure les característiques sociodemogràfiques de les dones ateses, així com conèixer les característiques clíniques involucrades en l’atenció al part. Per altra banda, també s’ha estudiat la relació entre aquestes característiques sociodemogràfiques i les característiques clíniques, així com la satisfacció de les dones i les relacions amb les característiques sociodemogràfiques, clíniques i l’intervencionisme. Finalment s’ha identificat les variables predictores de la satisfacció materna en el procés de part.

Les principals troballes d’aquest estudi han estat les relacions establertes entre les característiques clíniques com: el tipus de part i l’inici de part, la utilització d’algunes mesures d’analgèsia, la puntuació del Test d’Apgar als 5 minuts de vida i l’ingrés del nou-nat a la Unitat de Cures Intenses; i les variables relacionades amb la satisfacció materna com: el nivell de satisfacció, la percepció de seguretat, la capacitat personal i la percepció de participació durant el part.

Finalment s’ha organitzat la discussió dels resultats obtinguts amb 7 apartats que integren les hipòtesis i objectius d’estudi. Per últim, també s’han desglossat les limitacions de la investigació, la rellevància de la recerca realitzada i l’aplicabilitat clínica.

5.1. DESCRIPCIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LA POBLACIÓ

Segons el primer objectiu, es van descriure les diferents característiques sociodemogràfiques de les dones participants.

La mitjana d’edat de les dones participants fou de 32,57 (DS:5,47) anys, amb edats compreses entre els 16 i els 46 anys. El 65,4% de les dones tenia entre 30 i 39 anys, una proporció que coincideix amb les dades a nivell de Catalunya, on les dones amb edats compreses entre 30 i 39 anys representaven el 61,7% dels parts de l’any 2020 (156). Si comparem els resultats amb altres estudis de satisfacció al part la mitjana d’edat era molt similar en estudis en el nostre entorn (31 anys) (38,39), tot i que era lleugerament superior quan comparem amb altres estudis

internacionals on la mitjana d'edat era inferior als 28 anys (37,157). Tanmateix és difícil comparar l'edat materna del present estudi amb altres dades internacionals ja que les característiques sociodemogràfiques de la mostra poden diferir degut a les diferències multiculturals i socioeconòmiques del nostre entorn.

Pel que fa al seu **estat de convivència** el 90,4% vivien en parella. A nivell de Catalunya la proporció de dones casades que han estat ateses en el part durant el passat 2020 va ser del 53,3%, i la de dones no casades fou del 46,6% (156). Tot i que les dades obtingudes al present estudi foren bastant superiors a les de la població catalana, cal tenir en compte que la categorització de la variable estat civil del present estudi no coincideix amb la descripció de la mateixa variable per l'Idescat (156), on només consta si està casada o no, mentre que en present estudi es categoritzava per estat de convivència en parella o sense, no només per estat civil. Si comparem amb un estudi realitzat en població espanyola, el 87,9% de les dones conviuen en parella, dada molt similar a la del present estudi, el qual també fa servir les mateixes característiques descriptives de la variable estat de convivència o estat civil (38).

En relació a l'**estat d'ocupació de les dones**, el 70,8 % tenia una feina en actiu; el 61,8% de les quals treballa com a assalariada, i el 9,8% com a treballadora per compte propi. Altres autors que també han estudiat la satisfacció al part, observaren percentatges semblants d'ocupació, on el 83,5% de les dones eren assalariades i el 9,2% treballaven per compte propi (157). Per altra banda, per Patabendige et al. (158) la proporció de dones amb treball actiu fou molt menor, concretament del 30%.

Quant al **nivell d'estudis** de les dones en la present investigació, el 47,8% manifestaren tenir estudis universitaris, mentre que el 30,9% estudis superiors i el 21,3% estudis primaris. Altres investigacions han obtingut percentatges lleugerament inferiors de dones amb estudis superiors o universitaris, com per exemple els de Soriano i Vidal (38) (57,4%), Kazemi et al. (58,8%) (157), i Zhu et al. (52,6%) (37). Cal considerar que la classificació de la variable utilitzada per altres estudis era amb dues subcategories: estudis obligatoris i estudis superiors, incloent aquest últim grup els estudis universitaris. Per tant, al present estudi si s'utilitzés la mateixa classificació esmentada, el percentatge d'estudis superiors seria del 78,7%, un nombre bastant superior als estudis anteriors. Patabendige et al. (158) observaren una taxa de participació més alta en dones amb nivells d'estudis superiors i amb feina activa, comparat amb les dones amb nivell d'estudis bàsics i/o sense feina ($p < 0,05$). Altres autors observaren que les dones amb estudis superiors solen tenir més alfabetització en salut (159) i solen accedir més al serveis sanitaris

(160), fet que podria explicar perquè el percentatge de participació en aquest grup de dones és superior.

L’origen de les dones en el present estudi és divers, el 70,1% referiren ser de nacionalitat espanyola, mentre que el 29,9% restant de 24 nacionalitats diferents. Si observem els percentatges segons l’origen de les dones a nivell de Catalunya les proporcions són similars tot i tenir una classificació de categories lleugerament diferent; el 66,5% de dones s’identificaren d’origen espanyol, un 2,8% de la comunitat europea, un 4,2% de la resta d’Europa, un 9,9% del Magreb i la Vall del Nil, un 1,9% de la resta d’Àfrica, un 10,1% d’Amèrica central i del sud, i un 4,3% d’Àsia (161). Si comparem les dades a nivell nacional, un altre estudi que també explorà la satisfacció amb CEQ en població espanyola, el percentatge de dones d’origen autòcton fou més elevat, concretament del 93,8% (38), això pot ser degut a que el qüestionari de satisfacció és auto-administrat i per tant requereix un bon domini de la llengua, el que podria fer que en casos on hi ha barrera idiomàtica dificultaria la participació d’aquestes dones.

Referent a **l’acompanyament durant el part**, el 97,3% de les dones de la present investigació han estat acompanyades durant el part. Si comparem aquesta xifra amb altres estudis on s’explora la satisfacció al part, en l’estudi de Zhu et al. (37), el percentatge d’acompanyants era lleugerament inferior (89,8%), tanmateix hi ha un percentatge elevat d’estudis on aquesta variable no s’estudia (38,39,150,157,158). Considerant les últimes recomanacions de l’OMS encaminades a garantir una experiència positiva de la dona en el seu procés de part, s’ha considerat primordial estudiar la presència de la parella durant el treball de part ja que incrementa la sensació de seguretat de la dona i implicació en el procés de part (8). Una recerca qualitativa sobre l’atenció al part va observar que la presència i participació de la parella durant el treball de part era de vital importància per la dona (25), a més de ser un dels aspectes primordials per afavorir que hi hagi un bon suport emocional durant el part, i per tant una experiència de part més positiva (7,162). Conseqüentment es considera prioritària la necessitat de garantir en tot moment la presència de la parella durant el treball de part (8).

5.2. DESCRIPCIÓ I RELACIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques DE L'ASSISTÈNCIA AL PART

Segons el segon objectiu, es van descriure i relacionar les diferents característiques clíniques i l'intervencionisme associat a l'assistència al part.

Pel que fa a **les característiques clíniques de les dones** participants, tingueren parts a terme la majoria de les dones (87,7%), on la mitjana de l'edat gestacional del nadó en el moment del part va ser de 39,02(DS:2,3) setmanes. Comparant resultats amb altres estudis que exploraren la satisfacció de les dones s'observà que la mitjana d'edat gestacional en el moment del part ha estat molt semblant i a terme, entre les 38,5 i les 39,5 setmanes de gestació (37–39,150,157,158). Al classificar els parts segons l'edat gestacional, s'observà un 87,7% de parts a terme i un 12,3% preterme. Els indicadors perinatals de Catalunya de l'any 2018 ja mostraven dades lleugerament més baixes; un 6,8% de parts preterme i un 93,2% de parts a terme (161).

Segons **la categorització de risc d'embaràs**, el 55,5% de les gestants foren categoritzades de risc alt o molt alt, i el 44,5% de risc baix o mitjà. Un estudi realitzat en territori espanyol que observà el desenvolupament neurocognitiu dels bebès segons la categorització del risc d'embaràs, va trobar percentatges de baix risc del 49,5% vs 46,1% d'alt risc (143). Aquest estudi tot i no tenir la mateixa finalitat de recerca va utilitzar els mateixos criteris de categorització de risc que el present estudi, basats en el protocol de l'embaràs (33) i per tant, fent comparables els resultats observats segons aquesta variable. Tanmateix, la mostra de l'esmentat estudi era baixa (N=91) pel què els resultats haurien de ser observats amb cautela. Per altra banda, cal considerar que la nomenclatura de categorització de risc d'embaràs pot ser variable segons cada país, pel que fa difícil la comparació d'aquesta variable amb altres estudis a nivell internacional (163). Un exemple són els resultats de l'informe de l'EUROPERISTAT (3), que compara indicadors de salut perinatal a tot Europa, incidint en comparar intervencions obstètriques i característiques maternes com l'edat i l'índex de cesàries per exemple, més que a determinar el risc d'embaràs.

Quant a la categorització del risc d'embaràs segons l'edat gestacional del nadó en el moment del part, els parts de risc baix o mitjà foren exclusivament parts a terme, i els parts de risc alt o molt alt tingueren un percentatge molt elevat de parts a terme (77,8%) i un percentatge molt baix de parts preterme (22%). Segons l'avaluació del risc d'embaràs establerta pel Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (50), l'edat gestacional preterme constitueix un criteri per categoritzar l'embaràs d'alt risc, per tant explicaria que tots els parts a terme estiguin categoritzats de baix risc. La comparació amb altres autors és difícil ja que la variable

categorització del risc d'embaràs s'observa en molt pocs estudis, i la seva descripció no és detallada, tal i com plantejava Escuriet (58), segons l'àmbit d'estudi, la definició de normalitat o baix risc pot canviar, fent difícil la comparació de resultats. Kemp et al. (164), també apuntaven una conclusió semblant, atès que observaren que les dones categoritzades de part normal, és a dir de baix risc, també estaven incloses en els casos on s'utilitzava l'amniotomia i la oxitocina intrapart sense ser una inducció de part, la utilització d'opioides o d'òxid nítrós, deslliuraments de placenta dirigits amb medicació i fins i tot, complicacions del postpart com hemorràgies postpart o l'ingrés del nadó a cures intensives, evidenciant que la definició de normalitat en el treball de part no estava estandarditzada.

Referent als resultats obtinguts segons la **paritat de la dona**, el 52,2% de les dones foren múltiples, és a dir havien tingut almenys un part anterior. Les proporcions pel que fa a la paritat de les dones, també foren similars al del present estudi. Congdon et al. (150) observaren un 58% de múltiples, mentre que altres autors observaren percentatges de múltiples superiors (68%) (165) i inferiors (38%) (36). Les diferències en la paritat segons el tipus d'estudi podrien estar determinades segons les característiques de cada mostra, ja que hi ha un nombre elevat d'estudis a nivell internacional, on la població no podria ser equiparable a la nostra. També s'observà que els parts de dones múltiples foren majoritàriament parts vaginals amb epidural (50,3%) o naturals (32,5%), d'inici espontani (72,6%), atesos per llevadores o LLIRs (62,2%) i amb utilització d'oxitocina intrapart (62,4%). Els fills de dones múltiples només van ingressar a UCIN en un 6,4% dels casos. Per altra banda, els parts de dones nul·líparees foren majoritàriament parts vaginals amb epidural (45,8%) o instrumentats (25,5%), d'inici espontani (59,7%), atesos per obstetres o MIRs (60,4%) i amb utilització d'oxitocina intrapart (86,8%). Aquests resultats van amb consonància amb les observacions de Petersen et al. (60) on el 73,2% de les dones nul·líparees se'ls aplicava la cascada d'intervenció amb oxitocina i epidural, en canvi el 59,6% de les dones múltiples se'ls aplicava l'amniotomia com a primera intervenció, i només un 33,2% de les dones no rebien cap mena d'intervenció obstètrica. En el present estudi el percentatge d'utilització d'analgèsia epidural i d'oxitocina van ser superiors en ambdós grups, i el percentatge d'inducció de part fou superior en les nul·líparees. Tot i que no se sap el percentatge d'amniotomia perquè no era una variable d'estudi, es pot deduir que la intervenció en nul·líparees fou major que en les múltiples si observem també el percentatge de parts instrumentats segons paritat (28,5% vs 11,5%). Altres autors també indiquen que les dones múltiples reben menys intervencionisme intrapart que les dones nul·líparees, dificultant que aquestes últimes assoleixin les seves expectatives de part (137). Tamirat i Abute (166) també

observaren menys percentatge de parts vaginals espontanis en dones primíparas o dones nul·líparas comparat amb múltiples.

En referència al **tipus de part**, el 70,8% dels parts han estat eutòcics, el 31,9% dels quals foren parts naturals i el 68,1% restant parts vaginals amb analgèsia epidural. Els parts distòcics representen un 29,2% del total, dels quals el 67% foren parts instrumentats i 33% cesàries itinerants. Si observem les dades a nivell de la regió sanitària de Girona de l'any 2018, un 62,7% van ser vaginals, un 24,2% cesàries i un 12,9% parts instrumentats (161). Cal considerar que si comparem les dades amb aquest estudi, no s'han inclòs les cesàries programades ja que al no haver començat el treball de part, no podrien autocompletar l'enquesta de satisfacció, això podria explicar la diferència entre el percentatge de cesàries a nivell de la regió sanitària de Girona, el qual és superior al obtingut a l'estudi (24,2% vs 9,6%). En canvi el percentatge de parts eutòcics (vaginals no instrumentats) (62,7% vs 70,8%) i de parts instrumentats (12,9% vs 19,6%) fou lleugerament superiors en ambdós casos, el que es podria explicar degut a les característiques del centre on s'ha realitzat l'estudi, ja que és el centre de referència de les gestacions d'alt risc de la demarcació de Girona, i tal i com indiquen altres autors les gestacions d'alt risc tenen més probabilitats d'intervencionisme durant el part, incrementant les probabilitats de tenir un part instrumentat o una cesària (7,24).

Pel que fa al tipus de part segons la categorització del risc d'embaràs, els embarassos d'alt o molt alt risc s'ha obtingut un percentatge lleugerament menor de parts eutòcics (65,9%) versus les gestacions de risc baix o mitjà (76,9%). Si comparem aquestes dades amb altres estudis, trobem resultats similars observats per Pueyo et al. (167) amb un 65% de parts vaginals, i amb prop d'un 64,9% de parts vaginals i categoritzats de baix risc observat per Goyal et al. (168).

Segons el tipus de part, s'obtingueren major percentatge de parts eutòcics en dones múltiples (61% vs 39%) i major percentatge de parts distòcics en dones nul·líparas (69,3% vs 30,7%). També s'observà que els parts eutòcics foren atesos per un major percentatge de llevadores (75% vs 24%) i que els parts distòcics foren atesos només per obstetres o MIRs (100%). El 79% dels parts eutòcics resultaren en un inici de part espontani, mentre que només representaren un 58% dels parts distòcics amb el mateix inici de part. Respecte a les cesàries itinerants, foren més freqüents en gestacions categoritzades d'alt o molt alt risc (14,4% vs 3,7%). La revisió de l'evidència ens suggereix que les dones múltiples amb antecedents de cesària anterior i les dones nul·líparas amb edat superior als 35 anys tenen més risc de tenir una cesària intrapart (169), en ambdós casos la categorització de risc d'embaràs seria d'alt risc, el que aniria en consonància amb els resultats obtinguts en el present estudi, on el 65,4% de les dones tenien

entre 30 i 39 anys. Colter Smith et al. (170) també observaren una taxa de cesàries major en dones categoritzades d'alt risc. Malauradament les dones de la mostra no van ser classificades segons els criteris de Robson (171), el que ens permetria poder disgregar entre les dones que tingueren una cesària anterior o no i, per tant, observar possibles diferències entre els grups. Per altra banda, els parts instrumentats i els parts vaginals amb analgèsia epidural foren semblants per les dues categories, però els parts naturals van tenir percentatges clarament majors en les gestacions categoritzades de risc baix o mitjà (31,3% vs 15,6%). Herstad et al. (140) observaren un increment significatiu de parts vaginals instrumentats amb epidural i gestacions d'alt risc, sobretot per edat materna superior als 35 anys, en comparació amb parts vaginals sense epidural. Aquests resultats podrien explicar les diferències observades al present estudi, on els parts vaginals sense analgèsia epidural van tenir un percentatge major en les gestacions de baix risc (14,4% vs 3,7%). Tot i així, altres autors també observaren aquest increment de parts instrumentats amb la utilització de l'analgèsia epidural, atribuint els resultats obtinguts a la poca verticalitat que permet l'analgèsia, dificultant el descens de la presentació fetal (79,80). Per altra banda, també hi ha estudis que contradiuen els resultats anteriors ja que no han trobat diferències en la utilització d'analgèsia epidural, ni en la posició d'expulsiu ni tampoc en un increment de parts instrumentats (81,82).

Els resultats obtinguts en el present estudi referents a **la utilització d'oxitocina endovenosa** han mostrat que en un 74,1% dels parts s'utilitzà oxitocina per augmentar la quantitat de contraccions, el que s'entén com a estimulació de la dinàmica uterina, i només en un 25,9% de parts no s'utilitzà en cap moment. També s'observà un major percentatge d'utilització en gestacions categoritzades d'alt risc o molt alt risc (79%) comparada amb les de risc baix o mitjà (67,9%). En els parts amb analgèsia epidural s'utilitzà l'oxitocina en el 92,7% dels casos, mentre que els parts sense analgèsia epidural només s'utilitzà l'oxitocina en un 9% dels casos. Els parts amb administració d'oxitocina foren majoritàriament parts vaginals amb epidural (61,0%) o instrumentats (25,6%), d'inici espontani (60,5%), atesos per obstetres o MIRs (55,6%). Per altra banda, els parts on no es va administrar oxitocina intrapart foren majoritàriament parts naturals (79,5%), d'inici espontani (83,5%) i atesos per llevadores o LLIRs (41,7%). La utilització d'oxitocina intrapart és una pràctica que s'utilitza des de 1963 per incrementar la freqüència i la intensitat de les contraccions i així evitar la progressió de part estacionada (93,172), conseqüentment, s'utilitza en les induccions de part quan les contraccions no es produeixen de manera fisiològica ja que el reflex de Ferguson no és igual d'intens que en un part espontani, el que provoca dinàmica uterina irregular (26), fent necessària la seva utilització per assegurar la progressió del part, el que explicaria perquè s'han obtingut resultats majors d'utilització

d'oxitocina en gestacions d'alt risc. Tot i així, no hi ha consens entre autors sobre quina ha de ser la dosi d'oxitocina a administrar (93,173), i tampoc és un resultat de part que s'hagi estudiat en aquest projecte.

Per altra banda, els percentatges d'utilització d'oxitocina obtinguts han estat similars a altres estudis on s'avaluava la satisfacció (74%) (149). Tanmateix, altres autors observaren percentatges menors d'utilització d'oxitocina, concretament un 26,2% observat per Dencker et al. (39), un 36% observat per Patabendige et al. (158), un 47% observat per Mutabazi i Brysiewicz (165), un 41,7% observat per Congdon et al. (37), un 66% observat per Ghanbari-Homayi et al. (174) o un 67,6% per Kaezemi et al. (157). Aquestes diferències observades en el percentatge d'utilització d'oxitocina es podrien deure a la tipologia de la mostra, ja que les mostres dels esmentats estudis tenien més percentatge de gestants a terme amb parts no induïts comparat amb l'estudi actual. En alguns casos no s'ha estudiat específicament la utilització d'oxitocina tot i que s'esmenta si és un part induït o espontani (38,144,150).

Pel que fa al **tipus d'inici de part**, el 66,4% dels parts foren d'inici espontani i el 33,6% d'inici induït. Els parts d'inici espontani esdevingueren majoritàriament parts naturals (27,0%) o vaginals amb epidural (47,5%)($p=0,03$; $V=0,17$), atesos per llevadores o LLIRs (60,5%) i amb utilització d'oxitòcics (67,5%)($p\leq 0,01$; $V=0,21$). Els parts d'inici induït foren majoritàriament parts vaginals amb epidural (49,5%) o instrumentats (22,8%), atesos per obstetres o MIRs (60,4%) i amb utilització d'oxitòcics (87,1%). Kazemi et al. (157) observaren un percentatge d'induccions del 31% vs el 69% de part d'inici espontani, unes dades molt similars al present estudi. En un estudi realitzat a Catalunya, amb població de característiques similars que valorà la satisfacció materna, el percentatge d'induccions va ser del 37,31% i el de parts espontanis del 59,33% (144), també s'inclouïen les cesàries electives (3,36%) a diferència del present estudi que estaven excloses, ja que es va considerar que hi haurien preguntes que no es podrien respondre degut a no haver iniciat el treball de part. Soriano i Vidal et al. (38) observaren un 38,9% de parts espontanis i un 22,6% de parts induïts, uns percentatges lleugerament inferiors als del present estudi, fet que es podria explicar perquè els criteris d'inclusió no són els mateixos, ja que no van incloure les cesàries itinerants, les gestacions d'alt risc, els parts preterme i els parts de bessons, reduint així el percentatge de parts induïts ja que són gestacions d'alt risc amb potencialitat d'inici de part induït al presentar complicacions obstètriques.

Segons la categorització de risc d'embaràs i l'inici de part, les gestacions categoritzades d'alt o molt alt risc tingueren un inici de part espontani del 61,1%, per contra, un 73% de les gestacions de risc baix o mitjà tingueren un inici espontani. Encara que la categorització de risc d'embaràs

no és una variable estudiada en la majoria d'estudis (37,38,142,149,175,176), en un estudi realitzat a Catalunya es van poder observar diferències entre el percentatge d'induccions a hospitals de nivell IIIA (38,4%), és a dir als hospitals amb atenció de gestacions d'alt risc, com el de l'estudi present, i els hospitals dels grup I i IIB que atenen gestacions de baix risc o mitjà, on s'observen percentatges d'inducció per sota del 34% (167). El mateix estudi també determinà un increment del 13% en induccions d'alta complexitat, és a dir d'alt risc, tot i implementar la iniciativa per promocionar el part no medicalitzat (167). Colter Smith et al. (170) també van observar més probabilitats de patir una inducció de part en dones categoritzades d'alt risc comparades amb dones categoritzades de baix risc (11,1% vs 23,4%). El motiu pel qual el percentatge d'induccions pot ser major en el grup de gestants d'alt risc, no recau únicament en el fet de que són gestants que tenen factors de risc obstètric i per tant, és més probable que apareguin complicacions en la gestació que justifiquin la finalització, sinó també al fet que l'edat materna de concepció cada cop és més elevada, incrementant el risc de mort intrauterina i per tant justificant les induccions (177) .

Pel que fa a la utilització de **mesures analgèsiques** segons l'inici de part i la utilització d'oxitocina, s'observà un major percentatge de dones que no utilitzaren mètode d'analgèsia intrapart (29,5% vs 0,0%) i de la utilització exclusiva d'analgèsia no farmacològica (48,7% vs 2,7%) quan no s'havia utilitzat oxitocina. Per altra banda, quan s'utilitzà oxitocina, el percentatge d'ús d'analgèsia farmacològica (39,9% vs 14,1%) i combinada (57,4% vs 7,7%) va ser major que quan no s'utilitzava. També s'aprecià que quan el part fou d'inici espontani s'observà un major percentatge de dones que no requeriren cap mètode d'analgèsia (10,5% vs 2,0%). En canvi, quan el part fou induït, el mètode més utilitzat va ser l'analgèsia combinada (53,5% vs 40,0%). El percentatge d'utilització d'analgèsia farmacològica (33,5% vs 32,7%) i no farmacològica (16,0% vs 11,9%) fou molt semblant tant si el part era espontani com induït. En relació a la utilització d'analgèsia i l'oxitocina exògena, quan l'oxitocina és segregada de manera fisiològica, aquesta afavoreix en reduir el dolor, l'estrès i la por durant el treball de part, a més d'estimular la interacció social, el que influeix en els sentiments i comportament matern per facilitar el treball de part i afavorir una transició òptima cap a la maternitat (26,28). En canvi, quan aquesta oxitocina s'administra de manera exògena, és a dir, durant una inducció de part o estimulació, el nivell de dolor incrementa més ràpidament generant estrès i causant més dolor i por, el que afectaria negativament a la progressió del part per una disminució de les contraccions, desencadenant la cascada d'intervencions obstètriques (28), el que faria que la dona requereixi més varietat i quantitat de mesures analgèsiques, tal i com s'ha observat en el present estudi.

Respecte als **mètodes d'analgèsia utilitzats** durant l'atenció al part, el 92,3% de les dones utilitzaren algun tipus de mètode d'analgèsia intrapart. Segons les mesures analgèsiques utilitzades, el 44,5% de dones van utilitzar la combinació de mètodes farmacològics i no farmacològics, el 33,2% utilitzaren exclusivament mètodes farmacològics, el 14,6% només utilitzà mètodes no farmacològics i només un 7,6% de les dones van escollir no utilitzar cap mètode d'analgèsia intrapart. Rodríguez Coll et al. (144) observaren uns percentatges d'utilització analgèsica semblant, un 57,84% de les dones utilitzà analgèsia epidural, un 26,12% mètodes combinats d'analgèsia i un 8,96% no utilitzà cap mètode. Per altra banda, en un estudi realitzat a Estats Units els percentatges d'utilització d'analgèsia foren lleugerament diferents: 75% utilització d'analgèsia epidural, 18% de narcòtics, 8% d'òxid nítrós, 3% d'anestèsia general i un 16% sense mesures analgèsiques (178). Els dos estudis anteriors, tot i que tenen percentatges d'utilització analgèsica diferent, serien equiparables a la població del present estudi. En canvi, un estudi aleatoritzat controlat que estudià la utilització del massatge com a mètode analgèsic intrapart realitzat en població xinesa, mostrà els següents percentatges d'utilització de mètodes analgèsics: mètodes no farmacològics (27,2%), mètodes combinats amb l'analgèsia epidural (5,7%), petidina sola o en combinació d'algun mètode no farmacològic (10,2%), òxid nítrós sol o en combinació d'algun mètode no farmacològic (35,4%), i cap mètode (24,5%) (179). És destacable que un 27,2% utilitzés mètodes no farmacològics, i una meitat de la mostra utilitzés algun mètode combinat (51,3%)(179), ja que en el present estudi els percentatges d'utilització de mètodes no farmacològics és més reduït (44,5%). Un altre estudi que valorà la satisfacció del part en població xinesa, va observar un 63,4% de dones que no van utilitzar cap mètode, un 22,8% que van utilitzar mètodes farmacològics, un 10,8% mètodes no farmacològics i un 3% no es sabia quin mètode ja que no estava registrat (37). No ostant això, cal interpretar aquests resultats amb cautela ja que la població xinesa té uns costums socioculturals molt diferents, el que podria explicar l'alt percentatge d'utilització de mètodes no farmacològics o sense analgèsia. També cal remarcar que en el present estudi no es disposa d'òxid nítrós ni de petidina, pel que no es pot valorar la utilització d'aquest mètodes, però seria interessant introduir-los a la pràctica clínica per oferir més varietat analgèsica.

Pel que fa als mètodes no farmacològics utilitzats, en el present estudi s'observà que el massatge fou el mètode més utilitzat per les dones (82,4%), seguit per l'esferodinàmia (44,9%), l'hidroteràpia (23,9%) i la termoteràpia (23,9%). En altres estudis els percentatges d'utilització d'analgèsia no farmacològica observats foren molt inferiors al present estudi: esferodinàmia (3,36%), hidroteràpia (0,75%), massatge (2,22%) o altres mètodes no especificats (0,75%) (144). Sakala et al. (178) observaren un 21% de termoteràpia, un 24% d'hidroteràpia, un 28% de

visualització o hipnosis, un 35% de massatge, un 33% d'esferodinàmia, també percentatges inferiors al estudi present. Aquestes diferències en el percentatge d'utilització de mètodes no farmacològics poden ser deguts a aspectes de registre, ja que al no ser mètodes prescrits a vegades no es registren tant acuradament i fa més difícil el seu estudi.

En relació als resultats obtinguts segons la utilització d'analgèsia epidural, hi va haver un percentatge major de nul·líparas (54,3% vs 45,7%), i categoritzades d'embaràs d'alt o molt alt risc (60,3% vs 39,7%) que utilitzaren aquest mètode. Pel que fa al tipus de part, s'observà un percentatge major d'utilització d'analgèsia epidural en parts eutòcics (62,4% vs 37,6%), i només un percentatge molt baix d'aquests acabaren amb cesària itinerant (12%) o part instrumentat (25,2%). Aquests resultats són contradictoris segons alguns autors, que observaren parts perllongats amb analgèsia epidural i que, per tant, augmentaria el risc de distòcia (78), i també un increment dels parts instrumentats per impossibilitat d'adquirir posicions verticals per afavorir el descens de la presentació (79,80,180). Tal i com indiquen Simmons et al. (78) en una revisió sistemàtica, el baix percentatge de parts instrumentats obtinguts amb dones que utilitzaren l'analgèsia epidural, podria ser degut a les característiques de l'analgèsia, que segons la concentració i la dosi podria reduir la sensació de parestèsia a les extremitats inferiors, afavorint que hi hagués major mobilitat i evitant els efectes negatius d'aquesta. Utilitzant el sistema de Control del Pacient de l'Analgèsia Epidural (PCEA) també es tindrien els mateixos beneficis, però la dona també referiria més dolor (181). En el present estudi la majoria d'epidurals foren administrades amb el sistema de PCEA, el que explicaria els resultats obtinguts d'un nombre de parts instrumentats amb analgèsia epidural menors als estudis consultats.

Pel que fa a les mesures d'analgèsia utilitzades segons el tipus de part, els parts distòcics obtingueren un major percentatge d'utilització d'analgèsia combinada que els eutòcics (67,0% vs 35,2%). Les dones que van tenir un part eutòcic no van requerir mètode d'analgèsia intrapart en major percentatge que en els parts distòcics (10,8% vs 0,0%), i també van utilitzar més els mètodes no farmacològics (20,7% vs 0,0%). Pel que fa als mètodes farmacològics, es van utilitzar per igual independentment del tipus de part (33,0% vs 33,0%). Tal i com indiquen diferents autors, altres models d'atenció al part basats en l'atenció continuada “one-to-one” amb el suport exclusiu dels professionals i de la parella durant el treball de part, tenen un paper crucial ja que impliquen menys intervencionisme (7,121–123), afavorint un increment de l'alliberació d'oxitocina endògena, i conseqüentment reduint l'estrès i el dolor (26,28,32). Aquesta reducció del nivell d'estrès i del dolor amb l'atenció “one-to-one” podria disminuir la necessitat de requeriment d'analgèsia, explicant que hi hagi més parts sense cap tipus de mesura d'analgèsia

i que quan s'utilitzen siguin mesures no farmacològiques. En el present estudi s'observà un percentatge major d'utilització d'analgèsia farmacològica en parts distòcics. En concordança amb els resultats observats, els parts distòcics solen ser més perllongats, el que implicaria més esgotament de la dona i per tant més dificultats per controlar el dolor, fent que requereixi més mesures d'analgèsia (182). En la mateixa línia, els resultats obtinguts referents als percentatges d'utilització d'analgèsia segons el professional d'atenció a l'expulsiu, s'observaren majors percentatges d'utilització d'analgèsia combinada (60,0% vs 31,1%) i farmacològica (35,7% vs 31,1%) en parts atesos a l'expulsiu per obstetres o MIRS. Per contra, els parts atesos per llevadores o LLIRs tenien un percentatge major d'utilització de mesures no farmacològiques (25,5% vs 2,1%), i de dones que no van requerir cap tipus d'analgèsia (12,4% vs 2,1%). El model d'atenció continuada "one-to-one" és característic de l'atenció al part de baix risc liderat per llevadores, el que explicaria que els parts atesos per aquesta categoria professional requerissin menys necessitats d'analgèsia segons les troballes de diferents autors (26,28,32).

Segons la paritat i el tipus d'analgèsia utilitzada, en les dones nul·líparas s'observaren percentatges més alts d'utilització d'analgèsia combinada (56,9%) en comparació a les dones múltiples (33,1%). Per contra, les dones múltiples utilitzaren més l'analgèsia farmacològica (35,0% vs 31,3%) i la no farmacològica (21,0% vs 7,6%) com a mètode únic que les nul·líparas. En les dones múltiples s'observà un percentatge major de no utilització de cap mesura analgèsica comparat amb les nul·líparas (10,8% vs 4,2%). Deng Lin et al. (183) també observaren una major utilització d'analgèsia epidural per part de nul·líparas (84,5%) comparat amb les dones múltiples (60,7%), però no estudiaren la utilització d'analgèsia no farmacològica ni l'analgèsia combinada com en el present estudi. Un altre estudi també va mostrar percentatges majors d'utilització d'analgèsia epidural en primíparas, amb la peculiaritat que hi havia associació en la utilització de monitoratge fetal continu i que els parts foren més perllongats (182). Aquests resultats podrien explicar el perquè les dones múltiples del present estudi no utilitzaren tants mètodes d'analgèsia, ja que els seus parts foren més curts i intensos (179,183), conseqüentment podria fer-les prioritzar quin mètode utilitzen i, fins i tot, no tenir temps a utilitzar-ne cap.

En relació als resultats obtinguts segons el **professional d'expulsiu**, les llevadores o LLIRs atengueren el 53,5% dels parts, mentre els obstetres o MIRS van atendre el 46,5% restant. També s'observà que els parts atesos per llevadores foren majoritàriament parts naturals (38,5%) o vaginals amb epidural (68,5%), a terme (93,2%), d'inici espontani (75,2%), d'embarassos categoritzats de risc baix o mitjà (52,8%) i de dones múltiples (64,6%). Pel que

fa als parts atesos per obstetres o MIRs, s’observà que van ser majoritàriament parts distòcics (62,9%), a terme (81,4%), d’inici espontani (56,4%), de dones nul·líparas (62,1%) i d’embarassos categoritzats de risc alt o molt alt (65,0%). Aquests resultats s’explicarien perquè els parts distòcics com els parts instrumentats i les cesàries els atenen els obstetres, ja que és competència seva segons la regulació del nostre país (184). I per altra banda, l’assistència del part de baix risc és competència de la llevadora, pel que explicaria que la majoria de gestacions de baix risc, parts eutòcics sense anestèsia, són assistides per aquesta categoria professional (52). Altres autors observaren resultats de part segons el professional d’expulsiu associats a la satisfacció, però no analitzaren diferències entre la categorització de risc d’embaràs i el professional d’expulsiu (142,175). Un estudi realitzat a Líbia, Síria i Egipte constatà que la satisfacció de les dones referent a l’atenció rebuda per les llevadores és 1,9 punts inferior a la satisfacció pel que fa a l’atenció rebuda per obstetres (175). Malgrat tot, la majoria d’estudis que exploren la satisfacció no observen el tipus de professional d’expulsiu (37–39,150). En el present estudi, degut a les característiques organitzatives del nostre sistema sanitari pel que fa a l’atenció maternal, s’ha estudiat aquesta variable ja que es volia analitzar si hi havia diferències en els resultats de parts, a més de la satisfacció de les dones.

Pel que fa als nadons atesos al naixement, el 99,0% van obtenir **una puntuació al Test d’Apgar als 5 minuts de vida** igual o superior a 8, l’1% restant dels nadons amb Apgars inferiors eren nadons prematurs (100%), d’aquests un 0,7% obtingué una puntuació d’Apgar inferior a 7. S’observaren dades similars a una investigació que estudiava el test d’Apgar als 5 minuts d’1 milió de nadons a terme, on només el 0,76% dels nadons van tenir una puntuació inferior a 7 en el test d’Apgar als 5 minuts de vida (185). La categorització del test d’Apgar s’ha basat en les investigacions realitzades per Persson et al. (186), que indica que una puntuació d’Apgar als 5 minuts de vida igual o inferior a 7 incrementa el risc de patir paràlisi cerebral i epilèpsia. Per tant, Apgars amb puntuacions majors impliquen una bona adaptació extrauterina, el que seria un bon indicador de salut perinatal i pràctica obstètrica, encara que no s’inclou a la majoria d’informes de salut perinatal a nivell estatal i europeu (3,161).

Respecte als **nadons ingressats a la Unitat de Cures Intensives Neonatal (UCIN)** immediatament després del part, només representaren un 10,3% de la mostra. S’observaren percentatges molt menors d’ingrés del nadó a la unitat de cures neonatals en la majoria d’estudis, com Wlaker et al. (149), que observà una taxa d’ingressos del 0,8%. Cal incidir en que les gestants preterme no foren incloses en aquest estudi (149). En el present estudi, la majoria d’ingressos foren de parts preterme (77,4%), de mares nul·líparas (67,7%) i de gestacions categoritzades de risc alt o molt

alt (93,5%). Els nadons que van requerir ingrés a la UCIN nasqueren un 38,7% per part vaginal amb analgèsia epidural, un 29% per cesària itinerant, un 22,6% per part instrumentat, i només un 9,7% per part natural. Si comparem els resultats amb un estudi realitzat a Estats Units, els percentatges observats foren del 33% en admissions a la unitat amb nadons preterme entre 34 i 36 setmanes degut a l'augment de destret respiratori i hipoglucèmies neonatals i del 7% pels ingressos de nadons a terme (187). Ens ambdós casos van ser percentatges molt per sobre dels observats al present estudi, el que podria ser degut a la baixa representativitat dels nadons preterme (12,3%) comparat amb els nadons a terme (87,7%). Miller et al. (35) relacionaren l'increment d'ingressos a UCIN amb l'intervencionisme intrapart associat amb l'ingrés de la dona abans dels 4 cm de dilatació, juntament amb la utilització d'oxitocina i l'increment de cesàries itinerants. En el present estudi també s'observaren dades similars, el percentatge de cesàries itinerants per nadons ingressats és molt major que en nadons no ingressats.

Referent a l'**intervencionisme intrapart**, altres autors indiquen que més del 90% de les dones de baix risc reben almenys una intervenció, independentment del tipus de part, essent l'analgèsia epidural la intervenció més freqüent, com a única intervenció (18,7%) i com a intervenció combinada (79,9%) (55). En el present estudi, s'observà que el 83% de les dones se'ls havia aplicat alguna intervenció, una xifra molt semblant a l'esmentada per Iobst et al. (55), tot i que la intervenció més freqüent observada fou la inducció enlloc de l'analgèsia epidural. Per altra banda, si que es corroboren els resultats sobre l'aplicació de dues intervencions, essent l'administració d'analgèsia epidural de manera combinada la més freqüent (88%)(55). Pel que fa a l'aplicació de la cascada d'intervenció, s'observà major associació a tenir una cesària quan hi havia l'aplicació de 2 o 3 intervencions intrapart, sobretot quan hi havia la combinació d'amniotomia, epidural i oxitocina (55). Aquests resultats també corroboren els observats pel present estudi, on les cesàries amb cascada d'intervenció, és a dir l'aplicació de 3 intervencions, representaren el 48% del total de cesàries realitzades. Tot i així, cal interpretar els resultats amb cautela, ja que en el present estudi no s'ha registrat la realització de l'amniotomia, sí que s'han registrat les induccions, les quals van molt lligades al procediment esmentat.

5.3. RELACIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES DE LES DONES AMB LES CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques D'ATENCIÓ AL PART

Segons el tercer objectiu plantejat, es van relacionar les característiques sociodemogràfiques amb les variables clíniques derivades de l'atenció al part, i s'observaren diferències significatives segons l'edat materna, l'origen de la gestant, el seu nivell d'estudis, l'ocupació i l'assistència a classes de preparació al naixement.

Segons **l'edat materna per grups d'edat i la categorització de risc d'embaràs**, s'observaren diferències significatives entre el grup de dones amb un edat superior a 40 anys (8,3%), de les quals només un 1,5% van ser categoritzades com embaràs de risc baix o mitjà i el 13,8% restant foren categoritzades d'alt o molt alt risc. En el grup de dones d'edat entre 16 i 29 anys un 32,1% foren categoritzades de risc baix o mitjà i un 21,6% de risc alt o molt alt. Les diferències observades pel present estudi també les han constatat altres autors (188,189), l'edat superior a 35 anys és un clar factor de risc per desenvolupar riscos obstètrics adversos com diabetis gestacional, preeclàmpsia, part preterme, placenta prèvia i hemorràgia postpart entre d'altres, i per tant, ha esdevingut un factor clau per categoritzar les dones d'alt risc segons el Protocol de seguiment de l'embaràs vigent (50).

Quant al **grup d'edat segons la paritat**, cal destacar que el 70,7% de les dones múltiples pertanyent al grup d'edat entre 30 i 39 anys, i tot i que per les dones nul·lípara continuava essent el grup amb més representació, el percentatge era menor (59,7%). Comparant les dades amb les obtingudes de l'EuroPersistat (3), el percentatge de dones primípara es situava entre 38 i 54% al territori europeu, un percentatge semblant a l'observat en aquest estudi, i que va disminuir cada any des del 2010, el que podria fer augmentar l'edat tant de múltiples com de nul·lípara, i amb elles el risc associat a l'embaràs.

En relació a la variable sociodemogràfica **origen de la dona** s'observaren diferències significatives segons la paritat, on el grup de dones d'origen autòcton sempre ha estat major tant si la dona era nul·lípara (77,1%) com múltipara (63,7%). Segons els últims indicadors de salut perinatal europeus, s'han observat percentatges molt variables de multi-paritat segons els països d'origen: des del 3% a Itàlia, Portugal, Eslovènia o Suïssa, a un 9% o més a Irlanda, Eslovàquia, Finlàndia o Regne Unit (3). El percentatge observat de dones amb més de 4 parts a Eslovàquia, Finlàndia i Romania està entre l'1 i el 2,4 % segons el país. I pel que fa a la nul·liparitat, el percentatge europeu es troba entre el 38%-39%, tot i que a Espanya específicament, s'observa un percentatge per sobre del 50% (3). Malgrat que són dades més

aproximades, al present estudi continuen essent inferiors, això es podria deure a la variabilitat d'orígens que té la mostra amb dones de 24 nacionalitats diferents.

Pel que fa a la relació observada entre **el nivell d'estudis i la paritat**, un estudi realitzat a Iran constata relació entre el baix nivell sociocultural de les dones, una paritat per sobre de 3 i un seguiment de l'embaràs ineficaç amb mals resultats obstètrics (190). En el present estudi, també s'observà una relació significativa entre un major nivell d'estudis quan la dona és nul·lípara, i menor nivell quan la dona és múltípara, resultats molt similars als de Yaghoubi et al. (190), tot i que s'haurien de considerar les diferències socioculturals entre les mostres per interpretar els resultats observats.

En relació a l'**assistència a les classes de preparació al naixement i algunes variables clíniques**, s'observà un percentatge major de dones amb un part eutòcic, en les dones nul·líparaes (72,9%) s'obtingué un percentatge d'assistència superior a classes de preparació al naixement, en les dones assistides per una llevadora s'observaren percentatges menors d'assistència i en les dones que no van assistir a classes, un percentatge superior d'utilització d'analgèsia epidural. Tot i així, els resultats relacionats tenen associacions dèbils en moltes ocasions ($V \leq 0,2$) i moderades en algunes ocasions ($V = 0,2-0,6$), pel que els resultats han de ser interpretats amb cura ja que precisariem de més solidesa estadística per establir una associació clara. Si comparem els resultats obtinguts amb altres autors, un estudi va observar percentatges menors de cesàries programades, utilització de menys analgèsia i un increment de presa de decisions en dones que assistien a més de 3 sessions de classes de preparació al naixement (191), tanmateix, no observaren diferències entre parts eutòcics com el present estudi. Per altra banda, un estudi aleatoritzat va trobar un descens en nombre de cesàries i un increment de parts vaginals espontànies en el grup de dones que van participar en la intervenció de preparació al part (192). Tot i així, els resultats s'han d'interpretar amb cautela per un alt risc de biaixos de selecció. Una revisió sistemàtica tampoc va trobar diferències entre el tipus de part de les dones que assistiren a classes de preparació al naixement, encara que discutia sobre la seva possible comparació, ja que cada estudi inclòs a la revisió utilitzava un tipus de metodologia diferent, amb continguts de les classes també variables, el que impossibilita la comparació de resultats (193). En contrast, en el present estudi no es trobaren diferències significatives entre l'origen i l'assistència a classes de preparació al naixement, mentre altres autors observaren menys accés al sistema sanitari en grups ètnics minoritaris i racialitzats (159,194), la diferència de resultats pot ser deguda a la baixa representació d'aquests grups en el present estudi, on es requeria no tenir barrera idiomàtica per poder autoadministrar el qüestionari.

5.4. CARACTERÍSTIQUES DE LA SATISFACCIÓ MATERNA SEGONS EL NIVELL DE SATISFACCIÓ, PERCEPCIÓ DE SEGURETAT, SENSACIÓ DE CONTROL, CAPACITAT PERSONAL I PARTICIPACIÓ DURANT L'ASSISTÈNCIA AL PART

Segons el quart objectiu, es van descriure les característiques de la satisfacció materna relacionada amb el treball de part, juntament amb els seus dominis, el dolor, la seguretat i el control.

La puntuació global de satisfacció obtinguda de les dones participants al present estudi fou d'una mitjana de 3,18 punts sobre 4 punts a l'escala de Likert del CEQ. En conseqüència, es considera que la satisfacció materna ha estat bona, tot i que millorable en alguns dominis. Els resultats observats pel present estudi van en consonància amb altres autors (150) que obtingueren puntuacions de satisfacció global molt semblant (3,10 punts). Altres autors utilitzaren el CEQ amb l'objectiu de validar el qüestionari en alguna llengua i aportaren resultats de la puntuació dels dominis del CEQ i de la satisfacció a nivell global segons subgrups de variables clíniques com la durada del part, la multiparitat, o l'administració d'oxitocina, però malauradament no aportaren resultats generals sobre la satisfacció mitjançant el CEQ a nivell global (14,37,39,148,149,157,165,174), el que només permet la comparació de resultats de satisfacció amb el present estudi segons les variables clíniques estudiades però no a nivell global. Altres autors utilitzaren altres escales validades en espanyol per valorar la satisfacció materna, com el Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS) (142,195) o el Birth Satisfaction Scale Revised (BSS-R) (143), però que no són equiparables al CEQ ja que els ítems i els dominis utilitzats per valorar la satisfacció són molt diferents.

Pel que fa el **domini de suport professional** fou el que obtingué major satisfacció amb una puntuació mitjana de 3,79 punts, i el domini de capacitat personal fou el que obtingué la menor satisfacció amb una puntuació mitjana de 2,8 punts. El domini de participació obtingué una puntuació mitjana de 3,04 punts i el de seguretat percebuda de 3,23 punts. Congdon et al. (150) obtingueren resultats semblants pel domini de suport professional (3,60 punts), seguretat percebuda (3,20 punts) i capacitat personal (2,80 punts), tot i que la puntuació pel domini de participació fou lleugerament major que la del present estudi (3,10 punts). Els resultats observats van amb consonància amb altres autors (150) que obtingueren puntuacions de satisfacció global molt semblant (3,10 punts).

Dencker et al. (39) constataren puntuacions similars pels diferents dominis del CEQ, capacitat personal (2,80 punts) i seguretat percebuda (3,35 punts), tot i que la puntuació del domini de

participació (3,45 punts) fou lleugerament més alta i en el domini de suport professional (3,59 punts) lleugerament més baixa, comparat amb les puntuacions observades en el present estudi. El domini de suport professional s'identificà com a un ítem de difícil definició, ja que segons l'estructura hospitalària i el model d'atenció utilitzat, aquest suport es pot oferir de diferents maneres i també es pot veure manifestat i interpretat per les dones de manera diferent. És per aquest motiu que cal interpretar els resultats obtinguts en aquest domini amb cautela, ja que precisa més recerca sobre la seva definició (36). Per aquest fet, Walker et al. (149) re-elaboraren el qüestionari CEQ amb nous ítems per la valoració dels dominis de suport professional i participació, ja que detectaren un efecte de sostre alt en els resultats observats al CEQ en llengua anglesa, test que encara no està validat a l'espanyol.

Pel que fa al **nivell de dolor** en l'escala VAS, la puntuació mitjana obtinguda va ser de 6,99 punts sobre una puntuació màxima de 10, que passat a escala de Likert de 4 punts esdevé de 2,12 punts. Si comparem amb altres estudis on s'utilitzà el CEQ per mesurar la satisfacció de les dones, alguns autors com Soriano i Vidal (38) obtingueren puntuacions similars (2,31 punts) al del present estudi, encara que altres autors observaren puntuacions menors pel nivell de dolor en escala de Likert de 4 punts com Zhu et al. (37) 1,39 punts, Patabendigue et al. (158) 1,6 punts, Boie et al. (36) 1,59 punts.

Pel que fa al **nivell de control percebut** en l'escala VAS, s'observà una puntuació mitjana de 6,56 punts sobre una puntuació màxima de 10, que passat a escala de Likert de 4 punts esdevé de 2,66 punts. S'observaren puntuacions semblants en els estudis de Soriano i Vidal (38) 2,42 punts i Boie et al. (36) 2,56 punts. Una possible explicació seria que són estudis realitzats amb població europea, en canvi, els estudis realitzats amb població asiàtica obtingueren puntuacions de control lleugerament superiors com són els de Zhu et al. (37) 2,81 punts i Patabendigue et al. (158) 2,9 punts.

Per últim, el **nivell de seguretat percebuda** observat va ser de mitjana de 8,01 punts sobre una puntuació màxima de 10, que passat a l'escala de Likert de 4 punts esdevé de 3,27 punts. Autors com Boie et al. (36), Zhu et al. (37) i Patabendigue et al. (158), obtingueren puntuacions lleugerament superiors, mentre que Soriano i Vidal (38) observaren una puntuació quasi un punt per sota de l'obtinguda en el present estudi. Tal i com indiquen Stenglin i Fourer (115), cal que l'ambient a les sales de part estigui ben adaptat per ser un entorn amable i segur per les dones, perquè sinó poden generar sensació d'inseguretat, el que podria explicar les diferències observades entre estudis, ja que no podem saber com és l'ambient de les sales de parts i si aquestes han estat adaptades. Un gran nombre d'estudis no han especificat els ítems valorats

en l'escala de VAS ja que aquests estan inclosos en els domini de satisfacció, i en la majoria dels casos l'objectiu d'estudi era la validació de l'escala en una població en concret (14,39,148–150,157,165,174).

En relació als resultats obtinguts del nivell de satisfacció desglossats per a cada un dels ítems del qüestionari CEQ, es pot destacar l'elevada satisfacció de l'ítem 18 “la impressió de competència professional em feia sentir segura” amb una puntuació mitjana de 3,83 punts, i l'ítem 15 “la llevadora em va mantenir correctament informada del procés” amb una puntuació mitjana de 3,83 punts. Per altra banda, l'ítem 5 “Estava cansada durant el part” és el que ha obtingut la menor puntuació mitjana (2,01 punts). Zhu et al (37) obtingueren puntuacions mitjanes semblants sobre la sensació de cansament (2,01 punts), i puntuacions mitjanes inferiors per la percepció d'informació rebuda (3,15 punts) i la impressió de competència professional (3,20 punts). Per altra banda, Patabendige et al. (158) observaren puntuacions semblants per la impressió de competència professional (3,60 punts), la sensació d'estar informada (3,30 punts), però amb puntuacions majors respecte al cansament (3,60 punts). Si comparem resultats amb un estudi realitzat amb població espanyola (38), les puntuacions sobre el cansament (2,26 punts), la percepció d'informació rebuda (3,58 punts) i la impressió de competència professional (3,66 punts), foren similars, encara que lleugerament inferiors a les obtingudes pel present estudi, el que fa pensar que la satisfacció observada ha estat bona. Si explorem els resultats del CEQ de manera qualitativa, el domini de seguretat fou el que obtingué els resultats més alts en percentatges de resposta en el grup “totalment d'acord” en tots els ítems del CEQ. Les dones manifestaren estar totalment d'acord en que es van sentir molt ben ateses per la llevadora (86,7%), que aquesta els va dedicar suficient atenció a elles (86,0%) i a les seves parelles (75,4%), i que les van mantenir ben informades durant el procés (87,0%). Tal i com indiquen alguns autors, les dones prefereixen professionals competents clínicament i amb competències multiculturals i comunicatives desenvolupades, i ho identifiquen amb alta qualitat en l'atenció al part (62,125), el que implica que la competència professional es pugui definir com a un procés comunicatiu efectiu entre professional i persona atesa. Hodnett (99) també va identificar la comunicació i la presa de decisions com a factors clau per la satisfacció materna.

Respecte als ítems relacionats amb **la sensació de seguretat** de la dona, les dones manifestaren que estaven totalment d'acord que la impressió de competència professional les feia sentir segures (86,47%), i que la llevadora va entendre les seves necessitats (82,4%). Segons un estudi realitzat, la sensació de control i d'autocapacitat per gestionar situacions de dolor i estrès durant el part afavoreixen una major satisfacció, pel que es recomana incrementar un apoderament de

la dona i no dependre tant de les estratègies per calmar el dolor intrapart (135). Els resultats observats referents a la sensació de seguretat semblen bons, el que implicaria un bon acompanyament realitzat per part dels acompanyants i les professionals, caldria dur a terme un estudi qualitatiu per explorar els motius d'aquests resultats observats.

Pel que fa als ítems de **participació en el procés de part**, les dones manifestaren estar totalment d'acord en poder escollir "estar movent-se o estirades durant el part" (55,8%), i van poder triar entre diferents mètodes d'analgèsia (50,8%). Per altra banda, només un 39,9% de les dones van estar totalment d'acord en què van poder escollir la posició d'expulsiu. Un estudi realitzat a Austràlia va identificar la necessitat de la utilització de monitoratge fetal sense fil per permetre el moviment matern intrapart, ja que un 65% de les unitats obstètriques no disposaven de cap dispositiu d'aquest tipus (196). La facilitat de moviment matern per adoptar la posició que sigui més còmoda, tant per la dilatació com per l'expulsiu, ha estat identificada com un indicador de bones pràctiques per l'OMS (8), ja que no només incrementa la satisfacció materna sinó que millora els resultats perinatals afavorint el descens de la presentació fetal, fent que el part evolucioni de manera fisiològica (64,79). La manca de possibilitats de diferents mètodes d'analgèsia disponibles, també pot afectar negativament a l'experiència de part (132). Un percentatge observat de només un 50,8% de les dones van poder escollir diferents tipus d'analgèsia, el que fa pensar que potser l'oferta en mètodes d'analgèsia no és l'adequada o bé la proporcionada no és prou efectiva. Els percentatges observats pel present estudi sobre de posició materna durant el treball de part i l'expulsiu tampoc són bons, es requeriria un estudi a nivell qualitatiu per obtenir més dades sobre els motius de la baixa taxa de mobilitat i les mesures analgèsiques per poder realitzar una intervenció amb la finalitat de complir amb les recomanacions de l'OMS.

5.5. RELACIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES AMB EL NIVELL DE SATISFACCIÓ DE LES DONES

D'acord amb el cinquè objectiu, s'identificaren les relacions entre les característiques sociodemogràfiques i la capacitat personal relacionada amb el treball de part, tot i que no s'obtingueren resultats significatius en el nivell de satisfacció global.

En relació als resultats del nivell de satisfacció de les dones en el procés de part i la relació amb les variables sociodemogràfiques s'obtingueren resultats significatius en el domini de capacitat personal segons la situació d'ocupació. Les dones que referien tenir un treball actiu obtingueren majors puntuacions en el domini de capacitat personal que les que no en tenien. Un estudi realitzat a Kènia, constatà majors percentatges de satisfacció entre les dones que no estaven alfabetitzades, amb un nivell socioeconòmic mitjà i amb ocupació relacionada amb les tasques de la llar (197). El present estudi no ha observat diferències entre el nivell educatiu, i no ha estudiat el nivell socioeconòmic, i contràriament ha observat diferències en dones que no tenen ocupació, entre elles les dones que fan tasques de la llar, que han referit menors puntuacions en el domini de capacitat personal que les dones que tenen un treball actiu. Malgrat tot, els resultats de Eziawdres et al. (193) no són equiparables al present estudi, ja que el qüestionari utilitzat no era el CEQ i tampoc estava validat.

Si comparem resultats de satisfacció amb altres estudis que han utilitzat el CEQ, Zhu et al. (37) observaren major satisfacció, capacitat personal i suport professional en dones que tenien acompanyant durant el part i assistiren a classes de preparació al naixement, tot i que en el present estudi no s'han observat diferències significatives.

5.6. RELACIÓ DE LES CARACTERÍSTIQUES CLÍNiques I LA INTERVENCIÓ INTRAPART AMB EL NIVELL DE SATISFACCIÓ DE LES DONES

D'acord amb el sisè objectiu, s'identificaren les relacions entre les característiques clíniques, les intervencions de part realitzades i la satisfacció materna relacionada amb el treball de part, juntament amb els cada domini de satisfacció: capacitat personal, seguretat, suport professional i participació. S'observaren resultats significatius en gairebé totes les variables clíniques estudiades.

En referència a la satisfacció materna, les puntuacions globals de satisfacció del CEQ foren majors en dones assistides en part a terme, múltiples, categoritzades de baix o mitjà risc durant l'embaràs i amb inici espontani del part.

Les puntuacions de **satisfacció al CEQ** foren majors quan es relacionaven amb els parts eutòcics. Específicament les dones que tingueren una cesària itinerant, obtingueren puntuacions de participació menors que les dones que van ser ateses en un part natural o un part vaginal amb analgèsia epidural. Per altra banda, les dones que tingueren un part instrumentat van obtenir puntuacions menors en el nivell de satisfacció que les dones que van ser ateses per part natural. Les dones que tingueren un part natural, obtingueren puntuacions majors de satisfacció que les que van ser ateses per un part vaginal amb analgèsia epidural. Diferents autors observaren majors puntuacions de satisfacció al CEQ amb parts eutòcics espontanis respecte als parts instrumentats (14,36,38,39,149,158). El fet d'allargar el part en més de 12 hores i la utilització d'oxitocina intrapart, també s'associa amb la disminució de la satisfacció materna (14,36–39).

Les dones múltiples van referir major satisfacció també en altres estudis (36–39), resultats que van en consonància amb els obtinguts en el present estudi.

Referent a les mesures d'analgèsia utilitzades i la satisfacció, les dones que utilitzaren mesures d'analgèsia combinada obtingueren puntuacions de satisfacció majors comparat amb les dones que exclusivament van utilitzar mesures farmacològiques. Les dones que utilitzaren la hidroteràpia i l'analgèsia epidural obtingueren menors puntuacions en el satisfacció, tot i que amb una associació més lleu, pel que els resultats s'haurien d'interpretar amb cautela. Segons l'evidència la utilització de mètodes no farmacològics va lligat a majors puntuacions de satisfacció al CEQ comparat amb mètodes farmacològics, i que a major sensació de dolor menor és la satisfacció de les dones (37). La *Royal College of Midwives* (RCM) (18) també indicava que la utilització d'analgèsia epidural està relacionada amb menys satisfacció materna durant el part. Tal i com indica Meyer (76), si la dona té la sensació de que ha tingut diferents mètodes d'analgèsia per escollir, estarà més satisfeta que si no té l'oportunitat d'elecció.

Pel que fa a la **capacitat personal**, s'obtingueren puntuacions majors en dones múltiples i que van tenir un part d'inici espontani. Diferents autors detectaren millors puntuacions en la capacitat personal en dones múltiples que nul·líparees (36–38,149). Per altra banda, altres autors no han obtingut diferències significatives en el domini de capacitat personal segons el tipus d'inici de part (38,157,158).

Les dones amb un part eutòcic tingueren més sensació de capacitat personal que les dones amb un part distòcic. Específicament, fent comparacions per parelles segons el tipus de part, les dones obtingueren resultats significatius en la puntuació de capacitat personal del qüestionari CEQ en les següents categories: les dones que tingueren un part vaginal amb epidural

obtingueren puntuacions majors en capacitat personal que les que van tenir un part instrumentat i que les dones que van tenir una cesària intrapart. Alguns autors obtingueren millors puntuacions de capacitat personal en el CEQ en parts vaginals espontanis respecte a parts instrumentats (36,37,39,148,149,158). Aquests resultats concordarien amb els del present estudi, on els parts d'inici espontani obtingueren resultats significativament majors en la capacitat personal. Pel que fa a les dones que van tenir un part natural, també tingueren puntuacions majors en la capacitat personals comparades amb les dones que van tenir una cesària intrapart. Contràriament, Soriano i Vidal (38) no observaren diferències en la capacitat personal segons el tipus de part, i Congdon et al. (150) constataren menors puntuacions de capacitat personal quan hi havia una cesària intrapart, resultats molt semblants als del present estudi. La varietat de resultats existents per altres autors fan que els resultats obtinguts en el present estudi s'hagin d'interpretar amb cura, ja que les mostres poblacionals i els criteris d'inclusió són diferents en tots els estudis. Per exemple, en alguns estudis no estan incloses les cesàries intrapart, i en d'altres no s'inclouen les induccions i la majoria realitzen les comparacions de tipus de part annexionant la variable inici de part i tipus de part (part vaginal espontani), i no ho fan en dues variables com en el present estudi.

Referent a les dones que utilitzaren exclusivament mesures d'analgèsia no farmacològiques, obtingueren puntuacions majors de capacitat personals que les dones que utilitzaren mètodes d'analgèsia combinats (farmacològics i no farmacològics). Per contra, les dones que van utilitzar els mètodes no farmacològics com la termoteràpia, la hidroteràpia i el massatge, tingueren puntuacions majors en la sensació de capacitat personal. Zhu et al. (37) també observaren major capacitat personal en dones que utilitzaren mètodes farmacològics o sense mètodes, respecte a les dones que havien utilitzat mètodes farmacològics però no especificava els mètodes no farmacològics en concret, pel que es fa difícil comparar amb els resultats obtinguts en el present estudi. Els mateixos autors constataren una relació entre el nivell de dolor i la capacitat personal, com més dolor referit menys capacitat personal (37), resultats que tampoc es van detectar en el present estudi. Malauradament la majoria d'estudis que valoren la satisfacció amb el CEQ no estudien les variables associades amb la utilització d'analgèsia, el que fa difícil les comparacions de resultats (38,39,149,150,157,158).

Un estudi aleatoritzat controlat realitzat a Turquia, obtingueren millors puntuacions en tots els dominis del CEQ segons dos tipus d'intervencions, el massatge mecànic i el massatge amb termoteràpia aplicada, tot i que el grup que se li aplicava termoteràpia no tenien tant bones puntuacions com el del massatge mecànic (198). Una revisió sistemàtica també mostrava que el

massatge redueix la intensitat del dolor, però que no hi ha diferències significatives entre altres mètodes d'analgèsia, el tipus de part i el seu inici (199). A diferència d'altres estudis, només s'obtingueren resultats significatius en les puntuacions del domini de suport professional segons la utilització d'analgèsia tèrmica intrapart. Les dones que utilitzaren la termoteràpia obtingueren puntuacions de suport professional superior que les que no van utilitzar aquest mètode analgèsic. Com indica Kaçar i Keser (198), l'increment de sensació de suport professional podria ser degut al suport rebut mentre s'aplicava la tècnica, mentre que altres dones reben el suport convencional que potser no requereix tant de temps.

Zhu et al. (37) també observaren un increment del **suport professional del CEQ** en dones que havien utilitzat analgèsia no farmacològica, havien tingut acompanyant durant el part, havien assistit a classes de preparació al part i, a més, obtingueren menors puntuacions del dolor a l'escala VAS. Per altra banda, altres autors observaren que el massatge i la utilització de compreses calentes incrementen la sensació de control i satisfacció al part i redueixen el nivell de dolor i la durada del treball de part, encara que l'associació era poc intensa i es precisen més estudis amb evidència més robusta (83). Els resultats referents a la capacitat personal i l'analgèsia utilitzada eren similars als obtinguts pel present estudi, encara que la relació observada era poc intensa i tampoc s'observaren diferències en altres característiques clíniques.

Contràriament als resultats observats en aquest estudi, altres autors obtingueren puntuacions majors en el domini de suport professional quan aquest era un part vaginal espontani comparat amb parts instrumentats (36,39,148,158). Altres estudis posaren de manifest majors puntuacions de suport professional quan la dona no se li administrava oxitocina intrapart, la durada de part era inferior a 12 hores (39) i quan hi havia sensació de control sobre el procés de part (174). Tot i així, també hi ha autors que no trobaren diferències entre les característiques clíniques de les gestants tal i com s'observà en el present estudi (14,38,149,150).

Quant a les puntuacions del domini de **sensació de seguretat**, aquestes foren majors quan el part fou a terme, d'inici espontani i amb utilització d'oxitocina intrapart. Pel que fa al tipus de part, en les dones que tingueren un part natural s'obtingueren majors puntuacions en el domini de sensació de seguretat que les dones assistides en un part instrumentat o en un part per cesària itinerant. En les dones assistides en un part vaginal amb analgèsia peridural, també s'observaren puntuacions majors en el domini de seguretat comparades amb les dones assistides per part instrumentat o per cesària itinerant. Alguns autors (14,37–39,149,150,158) també observaren majors puntuacions de seguretat percebuda en els parts vaginals espontanis respecte als parts instrumentats i menor puntuació de seguretat en parts induïts. Pel que fa a la

utilització d'oxitocina intrapart hi ha discrepància d'opinions, alguns autors no obtingueren resultats conclusius en el seu efecte sobre la sensació de seguretat (37,149,158,174), mentre que altres afirmen que hi havia una disminució de la sensació de seguretat quan l'oxitocina era utilitzada intrapart (14,148,149). També s'observà major sensació de seguretat en les dones que referien més capacitat de control durant el part (174) i quan el part havia tingut una durada inferior a 12 hores (14,37–39,148,174). Com s'ha pogut veure, els resultats observats en el present estudi van en consonància als obtinguts en diferents investigacions, tot i així, l'estudi del temps de durada del part s'hauria de valorar per a futures investigacions, sobretot si s'admeten gestants amb treballs de part induïts.

Segons els resultats observats, amb la utilització de mesures d'analgèsia, les dones que utilitzaren exclusivament mesures d'analgèsia no farmacològiques obtingueren puntuacions majors de sensació de seguretat que les dones que van utilitzar mètodes d'analgèsia combinats (farmacològics i no farmacològics). Les dones que no van utilitzar l'analgèsia peridural obtingueren puntuacions majors de sensació de seguretat que les que l'utilitzaren. Kaçar i Keser (198) també mostraren millors resultats en la puntuació del domini de seguretat quan s'havia utilitzat massatge mecànic i massatge amb termoteràpia. Contràriament, Zhu et al.(37) no trobaren diferències en la percepció de seguretat segons el mètode analgèsic utilitzat, però sí observaren una major seguretat quan el dolor referit era poc intens. Les discrepàncies en els resultats obtinguts i els observats en diferents estudis, poden indicar que precisaria un estudi qualitatiu sobre els mètodes d'analgèsia utilitzats i les percepcions de les dones al utilitzar cada mètode.

Pel que fa a la satisfacció lligada al **domini de participació**, les dones que tingueren un part d'inici espontani i eutòcic obtingueren majors puntuacions en el domini de participació. Específicament, les dones que van tenir una cesària itinerant obtingueren puntuacions de participació menors que les dones que van ser ateses en un part natural o un part vaginal amb analgèsia epidural. Per altra banda, les dones que tingueren un part instrumentat obtingueren puntuacions menors en el domini de participació que les dones que van ser ateses per part natural. I les dones que tingueren un part natural van referir tenir major sensació de participació que les que van ser ateses per un part vaginal amb analgèsia epidural. Els resultats observats concorden amb els resultats obtinguts per altres autors amb majors puntuacions en el domini de participació quan el part era d'inici espontani (36,39,148,158), tot i que també, hi ha discrepància de resultats, ja que altres autors no obtingueren resultats significatius (37). Les dones que tingueren un part distòcic espontani, que van rebre suport per una llevadora amb

una cesària, o bé que van tenir un part vaginal espontani però que van ser ateses per un obstetra, tenien menys sensació d'implicació en el seu part (155). Altres autors observaren major participació quan les dones eren múltiples (38,39), tot i que en el present estudi no es van observar diferències significatives, tal i com també manifestà Zhu et al. (37). Soriano i Vidal (38) suggereixen que hi havia més participació materna quan el part durava menys de 12 hores, tot i que altres autors no obtingueren resultats significatius (37,39,149), i aquesta variable tampoc s'ha estudiat en el present estudi.

Pel que fa a les mesures d'analgèsia utilitzades, les dones que utilitzaren mètodes d'analgèsia combinats intrapart (farmacològics i no farmacològics) obtingueren puntuacions majors en el domini de participació comaprta amb les dones que exclusivament utilitzaren analgèsia farmacològica. Les dones que obtingueren majors puntuacions en el domini de participació van ser les que utilitzaren la termoteràpia i l'esferodinàmia. Per contra, les dones que utilitzaren l'analgèsia epidural obtingueren puntuacions menors en participació que les que sí l'havien utilitzat. Altres autors observaren majors puntuacions en el domini de participació quan s'utilitzaven mètodes no farmacològics comparats amb els farmacològics (37,157), o bé utilitzant massatge amb o sense termoteràpia comparat amb un grup control (198).

Referent a l'**intervencionisme intrapart** i l'aplicació de l'anomenada cascada d'intervenció, s'observà una clara correlació negativa entre el nombre d'intervencions realitzades intrapart i el nivell de satisfacció, la capacitat personal, la seguretat, la participació i el nivell de control a l'escala VAS. El nivell de satisfacció relacionat amb la cascada d'intervenció obstètrica fou estudiat per Çalik et al. (56), on observaren menor satisfacció en dones que havien experimentat diferents situacions relacionades amb l'atenció al part, com ara: induccions de part, monitoratge continu, restricció de moviment, tactes vaginals cada dues hores, administració de medicació endovenosa i amb restricció d'ingesta, l'aplicació de la maniobra de Kristeller, episiotomies, espoderaments dirigits, retard en realitzar el pell a pell, i quan les dones no rebien l'analgèsia necessària per poder controlar el dolor. En el present estudi també s'observà una menor satisfacció quan hi havia major nombre d'intervencions. Malgrat tot, els resultats obtinguts no es poden comparar amb els de Çalik et al. (56), ja que la majoria de les variables estudiades no han estat incloses en el present estudi. A més a més, Çalik et al. (56) tampoc utilitzaren el mateix qüestionari per valorar la satisfacció materna, el que tampoc permet comparar els resultats obtinguts referents a menor capacitat personal, seguretat, participació i sensació de control intrapart. Aquests últims resultats no s'han pogut corroborar amb altres estudis ja que no es coneix cap evidència observada per altres autors, fet que posa de manifest la necessitat de

realitzar més estudis que relacionin el nivell de satisfacció i l’aplicació de la cascada d’intervenció.

5.7. VARIABLES PREDICTORES DE LA SATISFACCIÓ I ELS SEUS DOMINIS.

D’acord amb el setè objectiu, s’identificaren les variables predictores de satisfacció materna relacionada amb el treball de part, juntament amb els predictors de cada domini de satisfacció: capacitat personal, seguretat, suport professional i participació.

Pel que fa a la **satisfacció materna**, s’identificà una relació inversa entre la satisfacció i els parts distòcics, d’inici induït, amb ingrés del nadó a la UCIN, i una relació positiva quan l’Apgar als 5 minuts de vida és superior a 8. Diferents estudis observaren majors puntuacions de satisfacció al CEQ amb parts eutòcics i d’inici espontanis respecte als parts instrumentats (14,36,38,39,149,158).

Referent a la **sensació de seguretat**, s’observà una major seguretat quan els parts no eren induccions, no eren distòcics i no hi havia ingrés del nadó a la UCIN. També augmentava la seguretat quan l’Apgar era major a 8. La majoria d’autors que estudien la satisfacció al part amb el CEQ també observaren majors puntuacions de seguretat percebuda en els parts vaginals espontanis respecte als parts instrumentats, i menor puntuació de seguretat en parts induïts (14,37–39,149,150,158).

En relació al **suport professional percebut** no s’observaren relacions significatives entre les variables d’estudi. Aquests resultats són contradictoris als obtinguts per altres autors que observaren puntuacions majors en el domini de suport professional quan aquest era un part vaginal espontani comparat amb parts instrumentats o induïts (36,39,148,158).

En el present estudi també s’observà una major **capacitat personal** quan el part era no induït, preterme i distòcic. També augmentava la capacitat personal quan l’Apgar del nadó era major a 8, les dones tenien una ocupació activa i havien utilitzat hidroteràpia intrapart. Altres autors també obtingueren majors puntuacions de capacitat personal en parts vaginals espontanis respecte parts instrumentats (36,39,55,149,158). Tot i així, cal tenir en compte que alguns d’aquests estudis no tenien els mateixos criteris d’inclusió que el present, on sí que hi ha incloses cesàries intrapart, a més de parts instrumentats dins de la categoria de parts distòcics. Caldria comparar resultats amb altres estudis on, a més d’utilitzar el CEQ, la mostra tingués els mateixos criteris d’inclusió. Pel que fa a la utilització d’hidroteràpia intrapart, no s’han trobat estudis on es relacioni directament la capacitat personal i la utilització d’aquest mètode, ja que els dos

únics estudis que analitzen el tipus d'analgèsia, la classifiquen segons si és farmacològica, no farmacològica o sense (37), o estudiaren la combinació de mesures amb epidural, petidina o òxid nítrós (157). Tanmateix, no es disposa d'aquests dos últims mètodes en el centre estudiat i, per tant, no han estat inclosos com a variables en el present estudi. Altres autors, també suggereixen que l'analgèsia no és l'únic factor determinant en la satisfacció materna (200). Per altra banda, una investigació qualitativa sobre l'ús d'immersió en aigua durant el part va determinar que les dones que utilitzaven la hidroteràpia referien més control del part i del dolor i menys medicalització, el que incrementava la seva satisfacció (201). Referent a l'ocupació materna i la capacitat personal, altres autors que han estudiat aquesta variable no han obtingut resultats significatius (157,158).

S'observà una menor **participació** en parts induïts assistits per l'obstetra, on el nadó havia requerit ingrés a la UCIN. Per contra, les dones d'origen immigrant i que utilitzaren la termoteràpia referirn major participació. També una gran varietat d'autors que utilitzaren aquest qüestionari, observaren major participació amb el CEQ en dones que havien tingut un part vaginal espontani respecte als parts instrumentats (36,39,148,158). Lewis et al. (155) també corroboraren els resultats, observant menor participació en dones que havien tingut un part distòcic o una cesària intrapart amb suport d'una llevadora. Kaçar i Keser (198) observà major participació amb la utilització de termoteràpia combinada amb massatge, però els altres estudis on comparaven mètodes farmacològics (37,157), no estudiaven aquest mètode en concret.

Pel que fa a la participació i l'origen de les gestants, un estudi realitzat a Alemanya, on el 21% de la població era d'origen immigrant, no obtingueren diferències en la satisfacció materna associada al treball de part (202). Contradictòriament, en un estudi noruec es va identificar menor satisfacció de les dones immigrants per motius multiculturals com la religió, la barrera idiomàtica o el color de pell (203). Malauradament, cap d'aquests estudis no puntualitzava la participació de les dones ja que cap dels dos utilitzava el CEQ. De fet, cap dels autors que ha utilitzat el CEQ ha observat diferències significatives per aquesta variable (36–39,149,150,157,158,174).

Referent a les diferències observades en la satisfacció, els seus dominis segons les característiques clíniques i la relació entre aquestes, hi ha variables com l'edat gestacional, la categorització de risc d'embaràs, el professional d'expulsiu, la puntuació del test d'Apgar i l'ingrés del nadó a la UCIN, que no s'han estudiat per part dels autors que han utilitzat el CEQ amb anterioritat per valorar la satisfacció materna variable (36–39,149,150,157,158,174). En conseqüència, aquests resultats no s'han pogut comparar amb altres estudis, pel que els

resultats obtinguts s’han d’interpretar amb cautela fins a obtenir evidència més robusta al respecte.

En relació a la **presència de la llevadora en l’expulsiu**, s’identificaren com a variables predictores per una major satisfacció (3,28 vs 3,05) quan el part havia estat atès per una llevadora a l’expulsiu, amb major percepció de seguretat (3,38 vs 3,05), major participació (3,22 vs 2,83) i major capacitat personal (2,92 vs 2,67). Tal i com observà Mas-Pons et al. (142) en la validació del qüestionari *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRC) a l’espanyol, les expectatives de part es compleixen més quan el professional d’expulsiu és una llevadora (53,5 vs 57,18 punts), mentre que quan és un obstetra els resultats obtinguts no són significatius (32,4 vs 32,9 punts). En conseqüència, per l’estudi d’aquesta variable hauria estat més adequat utilitzar un qüestionari com el MCSRC (142), ja que aquest qüestionari és selectiu a l’hora d’observar la satisfacció segons el professional d’expulsiu al posseir una dimensió específica per l’obstetra i una per la llevadora.

Pel que fa a la **puntuació del Test d’Apgar als 5 minuts** i l’ingrés del nadó a la UCIN, s’observà major satisfacció, capacitat personal i seguretat en aquelles dones que el nadó havia obtingut una puntuació al Test d’Apgar superior a 8 als 5 minuts de vida i no havia requerit ingrés a la UCIN, és a dir, les dones que els nadons s’havien adaptat adequadament a la vida extrauterina, i que per tant, difícilment hi havia hagut separació entre mare i nadó. Per contra, quan hi havia hagut ingrés del nadó les dones referien menys participació. Tot i així, els resultats observats al present estudi s’han d’interpretar amb cautela perquè la mostra de nadons amb Apgar inferior a 7 és molt baixa i té poca representativitat. La puntuació d’Apgar per sota de 7 s’identifià com una variable predictora de menor satisfacció i capacitat personal, i l’ingrés nounatal s’identificà com a predictor de menor satisfacció, menor participació i sensació de seguretat.

Falk et al. (54) observaren insatisfacció materna en dones que havien tingut nadons amb Apgars inferiors a 7. Tot i així, no és una variable clínica que s’observi a la majoria d’estudis de satisfacció (38,39,149,150,157,158), pel que dificulta la seva comparació amb resultats obtinguts pel present estudi.

Per últim, la revisió de l’evidència ens suggereix que la realització de contacte pell a pell immediatament després del part, redueix els símptomes d’estrès post-traumàtic, les emocions negatives, i sobretot, en els parts per cesària redueix la por i el sentiment de culpa matern i millora la satisfacció (97). Conseqüentment, la no realització d’aquest pell a pell degut a una separació del binomi mare-nadó durant les primeres hores de vida al provocar estrès matern,

podria implicar un descens de la satisfacció, la seguretat i la capacitat personal en aquelles dones que l'Apgar del seu nadó ha estat baix i/o hi ha hagut un ingrés del nadó a la UCIN. Tal i com planteja Evans et al. (204) en les seves investigacions, la recerca de la satisfacció materna en dones que han tingut nadons prematurs o han sofert separació durant el postpart immediat requereix instruments de mesura específics i validats de la capacitat de vincle (MPAS)(205), la capacitat materna de resposta (MIRI) (206), l'evitament experimentat (AAQ) (207) i els sentiments psicològics materns associats a la separació (DASS-21) (208).

5.8. LIMITACIONS I APORTACIONS MÉS IMPORTANTS

5.8.1. Limitacions

- El tipus d'estudi transversal i descriptiu no permet establir causalitat de les troballes degut a que està ubicat en un espai temporal determinat.
- Al ser un estudi d'enquesta cal tenir present el biaix de desitjabilitat social en les respostes.
- Degut a que el tipus de mostreig és no probabilístic, no es poden extrapolar els resultats a la població general.
- Atès que el qüestionari de satisfacció només permet la valoració d'aquest ítem de manera quantitativa, no s'exploren el diferents motius de la satisfacció de les dones.
- Es podria considerar l'aplicació de la classificació de Robson proposada per l'OMS (171) per valorar la classificació de les variables relacionades amb l'assistència al part per millorar la seva interpretació i valorar l'intervencionisme obstètric associat.

5.8.2. Aplicabilitat i rellevància clínica

L'estudi pot aportar coneixements sobre els resultats del part a Catalunya, a més d'aportar informació del nivell de satisfacció al part de les dones que acudeixen als serveis de ginecologia i obstetrícia. La informació obtinguda pot ser de gran interès per als professionals d'aquest servei, ja que l'atenció centrada a les persones va encarada a la millora de la pràctica clínica sabent les opinions i percepcions de les dones. Es poden identificar les barreres i els facilitadors de part amb els resultats obtinguts al CEQ i el model multivariant. La millora de l'atenció i el servei també serà de gran interès per ser considerats en els protocols, dinamitzar l'equip i guanyar prestigi per a la institució.

5.9. FUTURES LÍNIES DE RECERCA

Els resultats d'aquest estudi i l'anàlisi de l'evidència científica existent revisada, plantegen unes futures línies d'investigació des d'una perspectiva de nivell multicèntric aportant més solidesa estadística i permetent comparar resultats d'intervencions de part, a més de la satisfacció, segons centres i segons diferents tipus de model d'atenció:

- Per avaluar el nivell d'intervencionisme a Catalunya caldria realitzar un estudi multicèntric prospectiu que avalués una varietat d'intervencions realitzades intrapart, a més de categoritzar a les dones segons la classificació de Robson de l'OMS per detectar si les intervencions estan justificades, amb la proposta de crear una eina validada per detectar l'intervencionisme injustificat.
- Pel que fa a les conseqüències de l'intervencionisme obstètric, i segons les noves tendències en l'atenció maternal respectuosa, identificar l'impacte de les intervencions intrapart sobre la satisfacció amb el CEQ i altres escales validades que valoren la satisfacció en altres dominis, a més de valorar el benestar psicològic de les dones mitjançant un estudi multicèntric.
- Aprofundir sobre els motius de la satisfacció materna i de la parella referent a l'atenció al part i a les intervencions rebudes per part dels professionals mitjançant un estudi qualitatiu multicèntric, assegurant que hi hagués representativitat de tot tipus de centre, des d'hospitals de III nivell fins a cases de part i dones ateses a domicili.
- Per poder determinar els aspectes de millora i com portar a terme els canvis necessaris per millorar l'assistència a la maternitat, seria interessant la identificació de barreres i facilitadores de la satisfacció al part segons l'opinió dels professionals. El mètode més adequat per dur a terme aquesta recerca qualitativa seria amb grups focals i posteriorment creant grups de treball amb la metodologia Delphi per elaborar una guia de bones pràctiques.

6. CONCLUSIONS

A continuació s'exposen les conclusions extretes de l'anàlisi de dades del present estudi, les quals s'han utilitzat per confirmar la majoria de les hipòtesis plantejades menys la cinquena.

- El perfil sociodemogràfic de les dones participants es correspon majoritàriament a dones d'entre 30 i 39 anys, amb una ocupació activa, estudis superiors i d'origen espanyol.
- Els parts de la majoria de les participants de l'estudi han estat parts a terme i eutòcics. Tot i que l'oxitocina endovenosa intrapart s'ha utilitzat en la majoria de parts, aquests han estat d'inici espontani. Pel que fa als parts distòcics, 2 de cada 10 dones finalitzen amb un part instrumentat, i una de cada 10 amb una cesària intrapart, els quals estan relacionats amb gestacions d'alt risc i l'aplicació d'intervencionisme intrapart, com la combinació d'administració d'oxitocina i l'analgèsia epidural.
- L'intervencionisme incrementa el nivell de dolor i la necessitat de tenir més varietat de mesures analgèsiques.
- L'edat materna avançada tant per dones múltiples com per nul·líparas s'ha associat a gestacions d'alt risc, incrementant el risc de complicacions en la gestació i el part, i consegüentment l'intervencionisme intrapart.
- Les dones han manifestat estar satisfetes amb l'atenció rebuda durant el seu procés de part. El suport professional rebut, la impressió de competència dels professionals i la seguretat percebuda per les dones han estat els ítems més ben valorats, el que posa de manifest la bona tasca d'acompanyament per part dels professionals.
- Les dones tenen una percepció de capacitat personal i una sensació de control baixa durant el part, indicant la necessitat d'explorar els motius d'aquesta insatisfacció de manera qualitativa.
- Tenir una ocupació en actiu i un nivell d'estudis obligatoris està relacionat amb major capacitat personal per afrontar el part, tot i que no s'ha observat relació amb el nivell de satisfacció materna.
- Les dones ateses per la llevadora, amb un part a terme, d'inici espontani i sense administració d'oxitocina manifesten major satisfacció, capacitat personal, participació i seguretat. L'atenció continuada realitzada per les llevadores en un part de mínima

intervenció és crucial per assegurar la satisfacció materna, pel que s'identifica la necessitat d'explorar l'implantació del model liderat per llevadores al nostre entorn.

- L'intervencionisme intrapart s'ha relacionat amb menor satisfacció, capacitat personal, seguretat percebuda, participació i sensació de control, manifestant que l'impacte de les intervencions intrapart per part dels professionals és transversal en diferents aspectes de la satisfacció materna. S'identifica la necessitat de disposar de diferents mesures analgèsiques perquè la dona pugui escollir segons les seves necessitats, ja que la utilització de mesures combinades incrementa la satisfacció.
- L'analgèsia epidural disminueix la sensació de participació i satisfacció, pel que cal informar sobre el seu impacte en la satisfacció a les dones perquè puguin decidir conscientment.
- Les mesures no farmacològiques estan relacionades amb major sensació de participació, capacitat personal i seguretat. D'aquí es desprèn la importància de l'ofertament i promoció d'aquestes mesures per part de les llevadores.
- Una bona adaptació extrauterina es relaciona amb major satisfacció, seguretat i capacitat personal.
- La separació del binomi mare-nadó, fins i tot en els casos que requereixen ingrés a la UCIN, està relacionada amb menor satisfacció, capacitat personal i seguretat. D'aquesta forma s'evidencia la importància de mantenir el binomi mare-nadó fins i tot en situacions crítiques del nounat.
- Són barreres de la satisfacció materna, la participació, la seguretat i la capacitat personal els parts distòcics, induïts i amb ingrés del nadó a la unitat de nounats, posant de manifest que l'intervencionisme també és una barrera per la satisfacció materna.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'assistència natural al part normal [Internet]. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2007 [citad 9 juliol 2020]. Disponible a: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1202>
2. World Health Organization (WHO). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities [Internet]. World Health Organization (WHO). Geneva, Switzerland; 2016. Disponible a: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/
3. Euro-Pesistat Project. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT. Core indicators of health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015 [Internet]. 2018 [citad 13 octubre 2021]. Disponible a: www.europeristat.com
4. Euro-Pesistat Project. EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. 2010.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya [Internet]. Barcelona; 2020 [citad 12 octubre 2021]. Report No.: 2a edició. Disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/ca/inici/>
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies - NICE guidelines [Internet]. Vol. Guideline, National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2014. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557%5Cnhttps://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations#care-in-established-labour%5Cnhttps://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chap>
7. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 6 juliol 2017 [citad 17 octubre 2021];2017(7). Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>
8. World Health Organization (WHO). Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. 2018 [citad 12 octubre 2021]. Disponible a: <http://iris.paho.org>
9. National Childbirth Trust (NCT), Royal College of Midwives (RCM), Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). Making normal birth a reality - Consensus Statement from maternity care working party; our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth. 2007.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012.
11. Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME]. Iniciativa Al Parto Normal. Documento de consenso. En 2008 [citad 17 febrer 2022]. p. 1-106. Disponible a: <https://es.scribd.com/document/48411679/iniciativa-al-parto-normal-FAME>
12. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. Vol. 39, Midwifery. Churchill Livingstone; 2016. p. 112-23.

13. Hollins Martin C, Fleming V. The birth satisfaction scale. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2011 [citad 12 octubre 2021];24(2):124-35. Disponible a: www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm
14. Walker KF, Wilson P, Bugg GJ, Dencker A, Thornton JG. Childbirth experience questionnaire: Validating its use in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):1-8.
15. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Atenció al Part Normal Guia adreçada a dones embarassades, futurs pares, i als seus acompanyants i familiars Guia adaptada a Catalunya [Internet]. Barcelona; 2015 [citad 13 octubre 2021]. Disponible a: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2015/documents/guia_part_normal_embarassades_aquas2015.pdf
16. World Health Organization (WHO). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Birth Issues Perinat Care. 1997;24(2).
17. International Confederation of Midwives. *Essential competencies for basic midwifery practice 2010: revised 2013* [Internet]. 2013 [citad 21 setembre 2019]. Disponible a: <https://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/05/ICM-Essential-Competencies-for-Basic-Midwifery-Practice-2010-revised-2013.pdf>
18. Royal College of Midwives (RCM). *RCM Midwifery Blue Top Guidance Midwifery care in labour guidance for all women in all settings* [Internet]. 2018 [citad 16 octubre 2021]. Disponible a: www.rcm.org.uk
19. United Nations Population Fund (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM), World Health Organization (WHO). *The State of the World's Midwifery 2021*. State World's Midwifery 2021. 2021;
20. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica dels Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal* [Internet]. Barcelona; 2013 [citad 12 octubre 2021]. Disponible a: www.aatrm.net
21. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open* [Internet]. 1 octubre 2018 [citad 17 octubre 2021];8(10). Disponible a: [/pmc/articles/PMC6196808/](https://pmc/articles/PMC6196808/)
22. International Confederation of Midwives (ICM). *ICM International definition of the midwife* [Internet]. 2018 [citad 21 setembre 2019]. Disponible a: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
23. Zendejas Vázquez JA. Historia, ética y filosofía Mala praxis, distinción ético-legal Malpractice, ethical-legal distinction. *Cir Abril-Junio* [Internet]. 2017;39(2):119-23. Disponible a: www.medigraphic.com/cirujanogeneralwww.medigraphic.org.mx
24. World Health Organization (WHO). *WHO recommendations for augmentation of labour*. Geneva, Switzerland; 2014.
25. Maillefer F, de Labrusse C, Cardia-Vonèche L, Hohlfeld P, Stoll B. *Women and healthcare*

- providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(1):1-11.
26. Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Berg M, Buckley S, Pajalic Z, Hadjigeorgiou E, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth - A systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 9 agost 2019 [citat 18 octubre 2021];19(1). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31399062/>
 27. Wakerley JB, Poulain DA, Brown D. Comparison of firing patterns in oxytocin- and vasopressin-releasing neurones during progressive dehydration. *Brain Res*. 16 juny 1978;148(2):425-40.
 28. Olza I, Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdóttir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One* [Internet]. 1 juliol 2020 [citat 17 octubre 2021];15(7). Disponible a: </pmc/articles/PMC7386571/>
 29. Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, García-García D, et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci* 2016 202 [Internet]. 19 desembre 2016 [citat 18 octubre 2021];20(2):287-96. Disponible a: <https://www.nature.com/articles/nn.4458>
 30. Gimpl G, Fahrenholz F. The Oxytocin Receptor System: Structure, Function, and Regulation. <https://doi.org/10.1152/physrev2001812629> [Internet]. 2001 [citat 18 octubre 2021];81(2):629-83. Disponible a: <https://journals.physiology.org/doi/abs/10.1152/physrev.2001.81.2.629>
 31. Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. Vol. 35, *Frontiers in Neuroendocrinology*. Academic Press Inc.; 2014. p. 459-72.
 32. Uvnäs-Moberg K, Handlin L, Petersson M. Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *Front Psychol* [Internet]. 2015 [citat 18 octubre 2021];5(OCT). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25628581/>
 33. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010.
 34. Royal College of Midwives (RCM). Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: Latent phase. *R Coll Midwives*. 2012;11.
 35. Miller YD, Armanasco AA, McCosker L, Thompson R. Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 17 agost 2020 [citat 23 octubre 2021];20(1). Disponible a: </pmc/articles/PMC7430117/>
 36. Boie S, Lauridsen HH, Glavind J, Smed MK, Uldbjerg N, Bor P. The Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)—Validation of its use in a Danish-speaking population of new mothers stimulated with oxytocin during labour. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(5).

- Disponible a: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233122>
37. Zhu X, Wang Y, Zhou H, Qiu L, Pang R. Adaptation of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) in China: A multisite cross-sectional study. Handelzalts JE, editor. PLoS One [Internet]. 24 abril 2019 [citat 9 abril 2020];14(4):e0215373. Disponible a: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0215373>
 38. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2016;16(1):372. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1100-z>
 39. Dencker A, Bergqvist L, Berg M, Greenbrook JT V, Nilsson C, Lundgren I. Measuring women's experiences of decision-making and aspects of midwifery support: a confirmatory factor analysis of the revised Childbirth Experience Questionnaire. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2020;20(1):199. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02869-0>
 40. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reprod Health Matters. 1 maig 2016;24(47):47-55.
 41. Rahm V-A, Hallgren A, Högberg H, Hurtig I, Odland V. Plasma oxytocin levels in women during labor with or without epidural analgesia: a prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]. 1 novembre 2002 [citat 19 octubre 2021];81(11):1033-9. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1034/j.1600-0412.2002.811107.x>
 42. Jonas W, Nissen E, Ransjö-Arvidson AB, Matthiesen AS, Uvnäs-Moberg K. Influence of oxytocin or epidural analgesia on personality profile in breastfeeding women: a comparative study. Arch Women's Ment Heal 2008 115 [Internet]. 23 agost 2008 [citat 19 octubre 2021];11(5):335-45. Disponible a: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-008-0027-4>
 43. Xiao L, Priest M, Nasenbeny J, Lu T, Kozorovitskiy Y. Biased Oxytocinergic Modulation of Midbrain Dopamine Systems. Neuron [Internet]. 19 juliol 2017 [citat 18 octubre 2021];95(2):368-384.e5. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28669546/>
 44. Kahalon R, Preis H, Benyamini Y. Who benefits most from skin-to-skin mother-infant contact after birth? Survey findings on skin-to-skin and birth satisfaction by mode of birth. Midwifery [Internet]. 2021;92(102862). Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102862>
 45. Ghanbari-Homaie S, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, Mirghafourvand M. Causal mechanisms of postnatal depression among women in Gondar town, Ethiopia: application of a stress-process model with generalized structural equation modeling. Reprod Heal [Internet]. 2020;18:146. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01196-7>
 46. Board on Children Y and F, Medicine I of, Council NR. An Update on Research Issues in the Assessment of Birth Settings: Workshop Summary [Internet]. 2013 [citat 10 febrer 2022]. Disponible a: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=18368
 47. Tracy SK, Sullivan E, Wang YA, Black D, Tracy M. Birth outcomes associated with

- interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. *Women and Birth*. 1 juny 2007;20(2):41-8.
48. World Health Organization (WHO). *Metodo de atencion sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo*. Geneva, Switzerland; 1978.
 49. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies* [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2019 [citad 17 febrer 2022]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121/evidence/j-information-for-women-with-obstetric-complications-or-no-antenatal-care-pdf-241806242773>
 50. Generalitat de catalunya. Departament de Salut. *PROTOCOL DE SEGUIMENT DE L'EMBARÀS A CATALUNYA*. 2018.
 51. Rowe R. *Birthplace terms and definitions: consensus process Birthplace in England research programme. Final report part 2*. 2011;
 52. Ministerio de Sanidad y Política Social. BOE: Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). 8881, 129 Spain; maig 28, 2009 p. 44697-729.
 53. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya* [Internet]. 2008. 209 p. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/marc_de_treball/documents/plamatinf.pdf
 54. Falk M, Nelson M, Blomberg M. *The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women*. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 11 desembre 2019 [citad 7 octubre 2020];19(1):494. Disponible a: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2633-8>
 55. Iobst SE, Bingham D, Storr CL, Zhu S, Johantgen M. *Associations Among Intrapartum Interventions and Cesarean Birth in Low-Risk Nulliparous Women with Spontaneous Onset of Labor*. *J Midwifery Women's Heal*. 1 gener 2020;65(1):142-8.
 56. Çalik KY, Karabulutlu Ö, Yavuz C. *First do no harm - Interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 24 octubre 2018;18(1).
 57. Bélanger-Lévesque MN, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier JC. *Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: A cross-sectional comparative study*. *BMJ Open*. 2014;4(2):1-8.
 58. Escuriet R, Pueyo M, Biescas H, Colls C, Espiga I, White J, et al. *Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study*. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 15 abril 2014 [citad 29 octubre 2021];14(1):143. Disponible a: </pmc/articles/PMC3990023/>

59. Jonsson M, Nordén-Lindeberg S, Östlund I, Hanson U. Acidemia at birth, related to obstetric characteristics and to oxytocin use, during the last two hours of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(7):745-50.
60. Petersen A, Poetter U, Michelsen C, Gross MM. The sequence of intrapartum interventions: a descriptive approach to the cascade of interventions. *Arch Gynecol Obstet* 2013 2882 [Internet]. 16 febrer 2013 [citat 29 octubre 2021];288(2):245-54. Disponible a: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-013-2737-8>
61. World Health Organization (WHO). WHO Labour Care Guide User's Manual. 2020.
62. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. Vol. 13, *PLoS ONE*. 2018.
63. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions [Internet]. Vol. 15, *Reproductive Health*. BioMed Central Ltd.; 2018 [citat 16 abril 2020]. p. 73. Disponible a: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0511-x>
64. Prosser SJ, Barnett AG, Miller YD. Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1).
65. Handelzalts JE, Waldman Peyser A, Krissi H, Levy S, Wiznitzer A, Peled Y. Indications for emergency intervention, mode of delivery, and the childbirth experience. *PLoS One.* 1 gener 2017;12(1).
66. Li WY, Liabsuetrakul T, Stray-Pedersen B. Effect of mode of delivery on perceived risks of maternal health outcomes among expectant parents: A cohort study in Beijing, China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1).
67. Fox H, Topp SM, Lindsay D, Callander E. A cascade of interventions: A classification tree analysis of the determinants of primary cesareans in Australian public hospitals. *Birth* [Internet]. 1 juny 2021 [citat 25 octubre 2021];48(2):209-20. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12530>
68. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citat 17 octubre 2021];2013(7). Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/full>
69. Zafra-Tanaka JH, Montesinos-Segura R, Flores-Gonzales PD, Taype-Rondan A. Potential excess of vaginal examinations during the management of labor: frequency and associated factors in 13 Peruvian hospitals. *Reprod Heal* 2019 161 [Internet]. 10 octubre 2019 [citat 29 octubre 2021];16(1):1-8. Disponible a: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0811-9>
70. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 22 juliol 2013 [citat 25 octubre 2021];2013(7). Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000330.pub4/full>
71. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 14 novembre 2014 [citat 25 octubre 2021];2014(11).

- Disponible a:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001236.pub2/full>
72. Cuervo LG, Bernal M del P, Mendoza N. Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour – The N-Ma Randomised Controlled Trial [ISRCTN43153145]. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 19 març 2006 [citat 25 octubre 2021];6:8. Disponible a: [/pmc/articles/PMC1468428/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1468428/)
73. Kovavisarach E, Jirasettasiri P. Randomised controlled trial of perineal shaving versus hair cutting in parturients on admission in labor. J Med Assoc Thai. setembre 2005;88(9):1167-71.
74. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 26 gener 2017 [citat 25 octubre 2021];2017(1). Disponible a:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005122.pub5/full>
75. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 3 febrer 2017;2017(2).
76. Meyer S. Control in childbirth: A concept analysis and synthesis. J Adv Nurs. 2013;69(1):218-28.
77. Borrelli S, Evans K, Pallotti P, Evans C, Eldridge J, Spiiby H. Mixed-methods systematic review: Childbearing women’s views, experiences, and decision-making related to epidural analgesia in labour. J Adv Nurs [Internet]. 1 desembre 2020 [citat 25 octubre 2021];76(12):3273-92. Disponible a:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.14555>
78. Simmons SW, Cyna AM, Dennis AT, Hughes D. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. En: Simmons SW, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007. Disponible a:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003401.pub2>
79. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017;2017(5). Disponible a: www.cochranelibrary.com
80. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Vol. 2018, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2018.
81. Deshmukh VL, Ghosh SS, Yelikar KA, Gadappa SN. Effects of Epidural Labour Analgesia in Mother and Foetus. J Obstet Gynecol India. 1 abril 2018;68(2):111-6.
82. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 24 febrer 2017 [citat 25 octubre 2021];2017(2). Disponible a:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008070.pub3/full>
83. Smith CA, Levett K, Collins C, Dahlen H, Ee C, Sukanuma M. Massage, reflexology and

- other manual methods for pain management in labour. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 28 març 2018 [citat 25 octubre 2021];3(3). Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29589380/>
84. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2018.
 85. Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, et al. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 febrer 2020;2020(2).
 86. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 19 maig 2016 [citat 25 octubre 2021];2016(5). Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009356.pub3/full>
 87. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018.
 88. Deliktas A, Kukul K. A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *J Adv Nurs*. 1 febrer 2018;74(2):263-78.
 89. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018.
 90. Singata M, Tranmer J, Gyte GM, Group CP and C. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 22 agost 2013 [citat 25 octubre 2021];2013(8). Disponible a: </pmc/articles/PMC7104541/>
 91. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6.
 92. Howarth G, Botha DJ. Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 23 juliol 2001 [citat 25 octubre 2021];(3). Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003250/full>
 93. Alfirevic Z, Kelly AJ, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 [citat 25 octubre 2021];(4). Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003246.pub2/full>
 94. Selin L, Wennerholm UB, Jonsson M, Dencker A, Wallin G, Wiberg-Itzel E, et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial. *Women and Birth*. 1 agost 2019;32(4):356-63.
 95. Kettle C, Tohill S. Perineal care. *BMJ Clin Evid*. 2008;9(1404).
 96. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 8 febrer 2017 [citat 17 octubre

- 2021];2017(2). Disponible a:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>
97. Kahalon R, Preis H, Benyamini Y. Mother-infant contact after birth can reduce postpartum post-traumatic stress symptoms through a reduction in birth-related fear and guilt. *J Psychosom Res.* 1 març 2022;154:110716.
 98. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women’s childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 29 desembre 2017 [citat 9 abril 2020];17(1):203. Disponible a: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1356-y>
 99. Hodnett ED. Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):S160-72.
 100. Robinson P, Salmon P, Yentis SM. Maternal satisfaction. *Int J Obstet Anesth* [Internet]. 1998 [citat 18 febrer 2022];7:32-7. Disponible a: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0959289X98800265?token=53DE4B495085CCDEB81F5173EDC273280F96008AD0544360D22967F78CC13DAF92F976DAF043E0E83DBA3131BF92EE00&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220218142753>
 101. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004;46(2):212-9.
 102. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women’s satisfaction with maternal health care: A review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15(1):1-12.
 103. Bhattacharyya S, Srivastava A, Roy R, Avan BI. Factors influencing women’s preference for health facility deliveries in Jharkhand state, India: A cross sectional analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1). Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0839-6>
 104. United Nations. *The Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform.* New York; 2015.
 105. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* [Internet]. 2014 [citat 12 octubre 2021];11(71). Disponible a: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/71>
 106. Tunçalp Ö, Were W, MacLennan C, Oladapo O, Gülmezoglu A, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1 juliol 2015 [citat 17 octubre 2021];122(8):1045-9. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.13451>
 107. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA* [Internet]. 23 setembre 1988 [citat 24 octubre 2021];260(12):1743-8. Disponible a: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/374139>
 108. Duong D Van, Binns CW, Lee AH, Hipgrave DB. Measuring client-perceived quality of

- maternity services in rural Vietnam. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2004 [citad 13 octubre 2021];16(6):447-52. Disponible a: <https://academic.oup.com/intqhc/article/16/6/447/1805865>
109. Jallow I, Chou Y, Liu T, Huang N. Women's perception of antenatal care services in public and private clinics in the Gambia. *Int J Qual Heal Care J Int Soc Qual Heal Care* [Internet]. diciembre 2012 [citad 13 octubre 2021];24(6):595-600. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22789667/>
 110. D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health* [Internet]. 22 diciembre 2005 [citad 13 octubre 2021];5:140. Disponible a: </pmc/articles/PMC1343547/>
 111. Birhanu Kebede D, Belay Belachew Y, Workneh Selbana D, Belay Gizaw A. Maternal Satisfaction with Antenatal Care and Associated Factors among Pregnant Women in Hossana Town. 2020 [citad 24 octubre 2021]; Disponible a: <https://doi.org/10.1155/2020/2156347>
 112. Ango JT, Oche MO, Kaoje AU, Constance SE, Raji IA. Clients' satisfaction with maternal and child health services in primary health care centers in Sokoto metropolis, Nigeria. *Edorium J Matern Child Heal* [Internet]. 2017 [citad 24 octubre 2021];2:9-18. Disponible a: www.edoriumjournals.com/ej/mch
 113. Foureur M, Davis D, Fenwick J, Leap N, Iledema R, Forbes I, et al. The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: Developing a hypothetical model. *Midwifery*. 1 octubre 2010;26(5):520-5.
 114. Lazzerini M, Mariani I, Semenzato C, Valente P. Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. *BMJ Open* [Internet]. 2020 [citad 24 octubre 2021];10:37063. Disponible a: <http://bmjopen.bmj.com/>
 115. Stenglin M, Foureur MJ. Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth | Elsevier Enhanced Reader. *Midwifery* [Internet]. 2013 [citad 23 octubre 2021];29:819-25. Disponible a: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S026661381300123X?token=20BFFB38E8D90EFB3A00CB21E74A8329C294F8091CF3C7A43FE07126A3B6C043A76202016663B186061D71B7684EC1ED&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211023162521>
 116. World Health Organization (WHO). *QUALITY OF CARE FOR MATERNAL AND NEWBORN HEALTH: A MONITORING FRAMEWORK FOR NETWORK COUNTRIES: A Network for Improving Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health. Quality, Equity, Dignity*. 2019.
 117. Aniebue U, Aniebue, PN. Women's perception as a barrier to focused antenatal care in Nigeria: the issue of fewer antenatal visits. *Health Policy Plan* [Internet]. setiembre 2011 [citad 24 octubre 2021];26(5):423-8. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21088079/>
 118. Taddese AA, Gashaye KT, Dagne H, Andualem Z. Maternal and partner's level of satisfaction on the delivery room service in University of Gondar Referral Hospital, northwest, Ethiopia: a comparative cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*

- [Internet]. 2020;20(1):233. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05079-8>
119. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;7.
 120. Sandall J, RCM (Royal College of Midwives). Measuring Continuity of Carer: A monitoring and evaluation framework. 2018 [citat 16 octubre 2021]; Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/publication/local-maternity-systems-resource-pack/>
 121. Dencker A, Smith V, McCann C, Begley C. Midwife-led maternity care in Ireland -- a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017;17(1):101. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1285-9>
 122. Hollowell J, Rowe R, Townend J, Knight M, Li Y, Linsell L, et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Heal Serv Deliv Res*. 2015;3(36):1-264.
 123. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4.
 124. United Nations Population Fund (UNFPA). The state of the world's midwifery 2011: delivering health, saving lives. United Nations Population Fund, New York; 2011.
 125. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* [Internet]. 2014;384(9948):1129-45. Disponible a: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
 126. Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. [Internet]. p. 1-15. Disponible a: <https://www.gencat.cat/dogc>
 127. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015 151 [Internet]. 26 octubre 2015 [citat 19 octubre 2021];15(1):1-9. Disponible a: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0712-z>
 128. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:1-6.
 129. Pembroke NF, Pembroke JJ. The spirituality of presence in midwifery care. *Midwifery*. 2008;24(3):321-7.
 130. Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*. 2012;21(3-4):388-97.
 131. Bohren MA, Tunçalp Ö, Miller S. Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1 agost 2020;67:113-26.
 132. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth

- experience – A mixed methods study. *Midwifery*. 2017;51.
133. Waldenström U, Schytt E. A longitudinal study of women's memory of labour pain - From 2 months to 5 years after the birth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. març 2009;116(4):577-83.
 134. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. The meaning of labour pain: How the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1).
 135. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 26 octubre 2007 [citat 9 juliol 2020];7(1):26. Disponible a: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-7-26>
 136. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8.
 137. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery* [Internet]. 2007;23. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>
 138. Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1).
 139. Molina-García L, Hidalgo-Ruiz M, Gálvez-Toro A, Aguilar-Puerta SC, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. The Age at Which a Woman Becomes a Mother and Her Satisfaction with the Process of Pregnancy, Childbirth and the Puerperium. *Healthcare* [Internet]. 1 abril 2020 [citat 8 abril 2020];8(2):82. Disponible a: <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/2/82>
 140. Herstad L, Klungsøyr K, Skjærven R, Tanbo T, Forsén L, Åbyholm T, et al. Maternal age and emergency operative deliveries at term: a population-based registry study among low-risk primiparous women. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1 novembre 2015 [citat 9 febrer 2022];122(12):1642-51. Disponible a: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12962>
 141. Marín-Morales D, Carmona-Monge FJ, Peñacoba-Puente C, Olmos Albacete R, Toro Molina S. Factor structure, validity, and reliability of the spanish version of the women's views of birth labour satisfaction questionnaire. *Midwifery*. desembre 2013;29(12):1339-45.
 142. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: Validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit* [Internet]. 1 maig 2012 [citat 7 octubre 2020];26(3):236-42. Disponible a: <http://www.gacetasanitaria.org/es-satisfaccion-mujeres-con-experiencia-del-articulo-S0213911111003256>
 143. Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI, Caparros-Gonzalez RA, Cambil-Ledesma A, Hollins Martin CJ, Martin CR. Spanish validation and factor structure of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*. 1 març 2019;70:31-7.

144. Rodríguez Coll P, Casañas R, Collado Palomares A, Maldonado Aubian G, Salgado Poveda MI, Espada-TresPalacios X, et al. Validation and psychometric properties of the Spanish version of the questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *Sex Reprod Healthc*. 1 febrer 2021;27:100584.
145. Dunne CL, Fraser J, Gardner GE. Women’s perceptions of social support during labour: Development, reliability and validity of the Birth Companion Support Questionnaire. *Midwifery*. 2014;30(7):847-52.
146. Smith L. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care [Internet]*. 2001 [citat 6 novembre 2021];10(1):17. Disponible a: </pmc/articles/PMC1743424/?report=abstract>
147. Smith LFP. Postnatal care: Development of a psychometric multidimensional satisfaction questionnaire (the WOMBPNSQ) to assess women’s views. *Br J Gen Pract*. 2011;61(591):628-37.
148. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): Development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2010;10(1):81. Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/81>
149. Walker KF, Dencker A, Thornton JG. Childbirth experience questionnaire 2: Validating its use in the United Kingdom. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X [Internet]*. 1 gener 2019 [citat 9 abril 2020];5:100097. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590161319301309?via%3Dihub>
150. Congdon JL, Adler NE, Epel ES, Laraia BA, Bush NR. A Prospective Investigation of Prenatal Mood and Childbirth Perceptions in an Ethnically Diverse, Low-Income Sample. *Birth*. 2016;43(2):159-66.
151. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona; 2021.
152. World Medical Association. Declaration of Helsinki [Internet]. 1964. Disponible a: www.wma.net
153. Universitat de Girona. Escola de Doctorat. Codi de Bones Pràctiques [Internet]. Girona; 2012 [citat 7 març 2022]. Disponible a: [https://vvvtest.udg.edu/ca/portals/67/Informació acadèmica/CBP_EDUdG_20120503_CA.pdf?ver=2018-11-07-160145-057](https://vvvtest.udg.edu/ca/portals/67/Informació_acadèmica/CBP_EDUdG_20120503_CA.pdf?ver=2018-11-07-160145-057)
154. Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre [Internet]. 1999 p. 43088-99. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1999/12/13/15/con>
155. Lewis L, Hauck YL, Ronchi F, Crichton C, Waller L. Gaining insight into how women conceptualize satisfaction: Western Australian women’s perception of their maternity care experiences. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2016;16(1):1-9. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0759-x>
156. Idescat (Institut d’Estadística de Catalunya). Estadística de naixements [Internet]. 2020. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=naix&n=286>

157. Kazemi S, Dencker A, Pazandeh F, Montazeri A, Sedigh-Mobarakabadi S, Hajian S. Psychometric Evaluation of the Persian Version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ). *Biomed Res Int* [Internet]. 2020;2020. Disponible a: <https://doi.org/10.1155/2020/6879283>
158. Patabendige M, Palihawadana TS, Herath RP, Wijesinghe PS. Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) in the Sri Lankan setting: translation, cultural adaptation and validation into the Sinhala language. *BMC Res Notes* [Internet]. 2020;13(1). Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05380-z>
159. Yee LM, Silver R, Haas DM, Parry S, Mercer BM, Wing DA, et al. Association of Health Literacy Among Nulliparous Individuals and Maternal and Neonatal Outcomes + Supplemental content. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021;4(9):2122576. Disponible a: <https://jamanetwork.com/>
160. Tessema ZT, Worku MG, Tesema GA, Alamneh TS, Teshale AB, Yeshaw Y, et al. Determinants of accessing healthcare in Sub-Saharan Africa: a mixed-effect analysis of recent Demographic and Health Surveys from 36 countries. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12:54397. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054397>
161. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Indicadors de Salut Perinatal a Catalunya. Any 2019 [Internet]. 2019 [citad 5 febrer 2022]. Disponible a: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-perinatal/>
162. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kass H TO. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019;(3). Disponible a: www.cochranelibrary.com
163. National Academies of Science, Engineering and M. Birth Settings in America: Improving Outcomes, Quality, Acces and Choice. Committee on Assessing Health Outcomes by Birth Settings A Consensus Study Report of. *Natl Acad Press* [Internet]. 2020 [citad 3 febrer 2022]; Disponible a: <https://doi.org/10.17226/25636>.
164. Kemp J, Sandall J, Professor of Midwifery R. Normal birth, magical birth: the role of the 36-week birth talk in caseload midwifery practice. *Midwifery* [Internet]. 2010;26:211-21. Disponible a: www.elsevier.com/midw
165. Mutabazi UP, Brysiewicz P. Descriptive survey of women's childbirth experiences in two state hospitals in KwaZulu-Natal. *Curatiosis* [Internet]. 2021;44(1). Disponible a: <http://www.curatiosis.org.za>
166. Tamirat T, Abute L. Predictors of Non-Spontaneous Vaginal Delivery Among Mothers Who Gave Birth in. *Patient Relat Outcome Meas* [Internet]. 2022;13:9-19. Disponible a: <https://doi.org/10.2147/PROM.S343866>
167. Pueyo MJ, Escuriet R, Pérez-Botella M, de Molina I, Ruíz-Berdun D, Albert S, et al. Health policies for the reduction of obstetric interventions in singleton full-term births in Catalonia. *Health Policy (New York)*. 1 abril 2018;122(4):367-72.
168. Goyal S, Kortsmit K, Cox S, D'angelo D V, Romero L, Henderson ZT, et al. Prevalence of Home Births and Associated Risk Profile and Maternal Characteristics, 2016-2018 HHS Public Access. *Obs Gynecol*. 2020;136(6):1195-203.

169. Harrison MS, Garces AL, Goudar SS, Saleem S, Moore JL, Esamai F, et al. Cesarean birth in the Global Network for Women’s and Children’s Health Research: trends in utilization, risk factors, and subgroups with high cesarean birth rates. *Reprod Health* [Internet]. 2020;17(3):165. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-01021-7>
170. Colter Smith D, Phillippi JC, Lowe NK, Blankstein Breman R, Carlson NS, Neal JL, et al. Using the Robson 10-Group Classification System to Compare Cesarean Birth Utilization Between US Centers With and Without Midwives. *J Midwifery Womens Heal* [Internet]. 2020;65(1):10-21. Disponible a: www.jmwh.org
171. World Health Organization (WHO). *La clasificación de Robson: Manual de aplicación*. 2017.
172. Nabhan A, Boulvain M. Augmentation of labour. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020;67:80-9. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.011>
173. Page K, McCool WF, Guidera M. Examination of the Pharmacology of Oxytocin and Clinical Guidelines for Use in Labor. *J Midwifery Women’s Heal*. 1 juliol 2017;62(4):425-33.
174. Ghanbari-Homayi S, Dencker A, Fardiazar Z, Jafarabadi MA, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedya S, et al. Validation of the Iranian version of the childbirth experience questionnaire 2.0. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019;19(1). Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2606-y>
175. West THR, Daher P, Dawson JF, Lyubovnikova J, Buttigieg SC, West MA, et al. The relationship between leader support, staff influence over decision making, work pressure and patient satisfaction: a cross-sectional analysis of NHS datasets in England. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12:52778. Disponible a: <http://bmjopen.bmj.com/>
176. Kabakian-Khasholian T, Bashour H, El-Nemer A, Kharouf M, Sheikha S, El Lakany N, et al. Women’s satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab Countries. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2017;25:S16-26. Disponible a: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1381533>
177. Walker KF, Bugg GJ, Macpherson M, McCormick C, Grace N, Wildsmith C, et al. Randomized Trial of Labor Induction in Women 35 Years of Age or Older. *N Engl J Med*. 2016;374(9):813-22.
178. Sakala C, Declercq ER, Turon JM, Corry MP. *Carol Sakala Eugene R. Declercq Listening to Mothers in California*. 2018;
179. Lai CY, Wong MK, Tong WH, Chu SY, Lau KY, Tam AM, et al. Effectiveness of a childbirth massage programme for labour pain relief in nulliparous pregnant women at term: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J* [Internet]. 2021;27(6):405-12. Disponible a: <https://doi.org/10.12809/hkmj208629>
180. Bhatt H, Pandya S, Kolar G, Nirmalan PK. The impact of labour epidural analgesia on the childbirth expectation and experience at a tertiary care center in southern India. *J Clin Diagnostic Res*. 2014;8(3):73-6.
181. Haydon ML, Larson D, Reed E, Shrivastava VK, Preslicka CW, Nageotte MP. Obstetric outcomes and maternal satisfaction in nulliparous women using patient-controlled

- epidural analgesia. En: American Journal of Obstetrics and Gynecology. Mosby Inc.; 2011. p. 271.e1-271.e6.
182. Gu C, Wang X, Zhang Z, Schwank S, Zhu C, Zhang Z, et al. Pregnant women's clinical characteristics, intrapartum interventions, and duration of labour in urban China: a multi-center cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2020;20(386):1-10. Disponible a: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03072-x>
 183. Deng Y, Lin Y, Yang L, Liang Q, Fu B, Li H, et al. A comparison of maternal fear of childbirth, labor pain intensity and intrapartum analgesic consumption between primiparas and multiparas: A cross-sectional study. Int J Nurs Sci [Internet]. 10 octubre 2021 [citat 11 febrer 2022];8(4):380. Disponible a: </pmc/articles/PMC8488849/>
 184. Ministerio de Sanidad y Política Social. Orden SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología. BOE [Internet]. 2009;num.129((28-05-2009)):44730-66. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-8882>
 185. Thorngren-Jerneck K, Herbst A. Low 5-minute Apgar score: a population-based register study of 1 million term births. Obstet Gynecol [Internet]. 2001 [citat 8 febrer 2022];98(1):65-70. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11430958/>
 186. Persson M, Razaz N, Tedroff K, Joseph KS, Cnattingius S. Five and 10 minute Apgar scores and risks of cerebral palsy and epilepsy: Population based cohort study in Sweden. BMJ. 2018;360.
 187. Mally P V., Hendricks-Muñoz KD, Bailey S. Incidence and etiology of late preterm admissions to the neonatal intensive care unit and its associated respiratory morbidities when compared to term infants. Am J Perinatol [Internet]. 24 octubre 2013 [citat 8 febrer 2022];30(5):425-31. Disponible a: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0032-1326989>
 188. Lu L, Li J-H, Dai X-F, Wei J-B, Chen L-H, Hu J-F. Impact of advanced maternal age on maternal and neonatal outcomes in preterm birth. Ginecologia Pol. 2021;
 189. Pinheiro RL, Areia AL, Mota Pino A, Donato H. Advanced Maternal Age: Adverse Outcomes of Pregnancy, A Meta-Analysis. Acta Med Port [Internet]. 2019;32(3):219-26. Disponible a: www.actamedicaportuguesa.com
 190. Yaghoubi F, Akbari N, Kashanian M, Lakeh MM, Sheikhsari N. Severe maternal outcome (SMO) in Afghan Immigrant Women; A Study in Tehran, Iran. Int J Gynecol Obstet. 22 gener 2022;
 191. Vanderlaan J, Kjerulff K. Association of Delivery Outcomes with Number of Childbirth Education Sessions HHS Public Access. J Perinat Neonatal Nurs. 2021;35(3):228-36.
 192. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmä E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women-randomised trial. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2012;75-84. Disponible a: www.bjog.org
 193. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3).

194. Dawson P, Auvray B, Jaye C, Gauld R, Hay-Smith J. Social determinants and inequitable maternal and perinatal outcomes in Aotearoa New Zealand. *Women's Heal* [Internet]. 2022;18:1-14. Disponible a: <https://doi.org/10.1177/17455065221075913>
195. Caballero P, Delgado-García BE, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1-10. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0862-7>
196. Fox D, Maude R, Coddington R, Woodworth R, Scarf V, Watson K, et al. The use of continuous foetal monitoring technologies that enable mobility in labour for women with complex pregnancies: A survey of Australian and New Zealand hospitals. *Midwifery* [Internet]. 1 febrer 2021 [citad 14 febrer 2022];93:102887. Disponible a: www.elsevier.com/locate/midw
197. Eziawdres D, Worku W, Taye M. Maternal Satisfaction With Delivery Services and its Associated Factors Among Mothers Who Gave Birth at Public Health Centers in Yeka Sub City, Addis Ababa, Ethiopia. *SAGE* [Internet]. 2021;14:1-7. Disponible a: <https://doi.org/10.1177/11786329211050722>
198. Kaçar N, Keser NÖ. Comparison of the effect of mechanical massage and warm mechanical massage application on perceived labor pain and childbirth experience: A randomized clinical trial. *Eur J Midwifery* [Internet]. 2021;5(2):1-10. Disponible a: <https://doi.org/10.18332/ejm/132883>
199. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018.
200. Richardson MG, Lopez BM, Baysinger CL, Shotwell MS, Chestnut DH. Nitrous oxide during labor: Maternal satisfaction does not depend exclusively on analgesic effectiveness. *Anesth Analg* [Internet]. 1 febrer 2017 [citad 15 febrer 2022];124(2):548-53. Disponible a: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2017/02000/Nitrous_Oxide_During_Labor__Maternal_Satisfaction.28.aspx
201. Carlsson IM. Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: A secondary analysis in a Swedish context. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 10 maig 2016;11.
202. Gürbüz B, Großkreutz · C, Vortel · M, Borde · T, Rancourt · R C, Stepan · H, et al. The influence of migration on women's satisfaction during pregnancy and birth: results of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMQC). 2019;300:555-67. Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05227-4>
203. Bains S, Sundby J, Lindskog B V, Vangen S, Diep LM, Owe KM, et al. Satisfaction with maternity care among recent migrants: an interview questionnaire-based study. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11:48077. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048077>
204. Evans T, Whittingham K, Boyd R. What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted? *Infant Behav Dev*. 1 febrer 2012;35(1):1-11.
205. Condon JT, Corkindale CJ. The assessment of parent-to-infant attachment: Development

- of a self-report questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2007 [citat 15 febrer 2022];16(1):57-76. Disponible a: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646839808404558>
206. Amankwaa L, Pickler R. Measuring maternal responsiveness. *ABNF J*. desembre 2007;18(1):4-15.
207. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissen· RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. MEASURING EXPERIENTIAL AVOIDANCE: A PRELIMINARY TEST OF A WORKING MODEL. Vol. 54, *The Psychological Record*. 2004.
208. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1 març 1995;33(3):335-43.

8. ANNEXOS

ANNEX I: QÜESTIONARI ADHOC

Encuesta de datos personales y del parto. En las preguntas de respuesta abierta responda lo más breve y acurado posible. Cuando haya preguntas multirespuesta responda la opción o opciones más adecuadas marcándolas con una “X”.

1) Edad: _____

2) Fecha del parto: ____/____/____

3) Nivel de estudios:

- Primarios
- Obligatorios (ESO)
- Secundarios (Bachillerato/Formación Profesional)
- Universitarios

4) Población de residencia: _____

5) Nacionalidad: _____

6) Situación laboral:

- Tareas de la casa
- Empleada
- Autònoma
- Desempleo

7) Estado civil:

- Soltera
- Vive en pareja
- Casada
- Separada/divorciada
- Viuda

8) ¿Había usted realizado clases de preparación al parto durante la gestación?

- Sí
- No

10) Medidas de analgesia utilizadas durante el parto (marcar más de una si es necesario):

- Bolsa de agua caliente
- Ducha o bañera de agua caliente
- Pelota
- Masaje
- Entonox (óxido nitroso)
- Anestesia epidural
- Otros (especifique): _____

11) ¿Tenía usted acompañante durante el proceso de parto?

- Sí
- No

12) En caso afirmativo en la pregunta nº11, ¿Quién era su acompañante?

- Pareja
- Familiar
- Amigo/amiga
- Otros (especifique): _____

ANNEX II: GRAELLA VARIABLES CLÍNIQUES

SETMANES DE GESTACIÓ:

CATEGORIZACIÓ RISC: Baix o Mig Alt o Molt AltPARITAT: Nul·lípara MultíparaTIPUS DE PART: Natural Eutòcic Instrumentat Cesària intrapartINICI DE PART: Espontani InduccióOXITOCINA INTRAPART: Sí NoANALGÈSIA: Sense Pilota Massatge Bossa aigua Dutxa Analgèsia Epidural Analgèsia Raquídea Anestèsia GeneralPROFESSIONAL EXPULSIU: Llevadora/LLIR Obstetra/MIRINGRÉS UCIN: Sí No

ANNEX III: CHILDBIRTH EXPERIENCE QUESTIONNAIRE (CEQ) ESPANYOL (SORIANO-VIDAL ET AL. 2016)

Cuestionario sobre tus experiencias durante el parto. Uno de los objetivos de los profesionales es, en el área materno-infantil de tu departamento de salud, el de ofrecer una experiencia positiva durante el parto. Así pues, el propósito de este cuestionario es conocer tus experiencias durante el parto, y comparar tus respuestas con las de otras madres, para poder evaluar la atención que ofrecemos. Por favor, es importante que respondas todas las cuestiones. Marca con una “X” la respuesta más adecuada-

1. El parto fue como esperaba.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Me sentí fuerte durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Tenía miedo durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qüestionari CEQ-E (Soriano-Vidal et al. 2016)©

4. Me sentí capaz durante el parto.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Me sentí cansada durante el parto.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Me sentí feliz durante el parto.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tengo muchos recuerdos positivos del parto.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tengo muchos recuerdos negativos del parto.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Me ponen triste algunos recuerdos del parto.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. La matrona me dedicó la atención necesaria.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qüestionari CEQ-E (Soriano-Vidal et al. 2016)©

16. La matrona entendió mis necesidades.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Me sentí muy bien atendida por la matrona.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

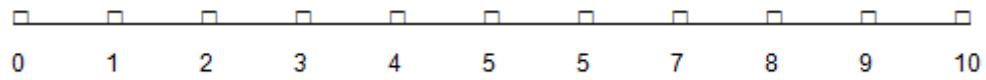
18. Me dio seguridad la competencia de los profesionales.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Me sentí capaz de manejar bien la situación.

Totalmente	Bastante	Bastante	Totalmente
de acuerdo	de acuerdo	en desacuerdo	en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. En general, durante el parto, ¿sentiste dolor?

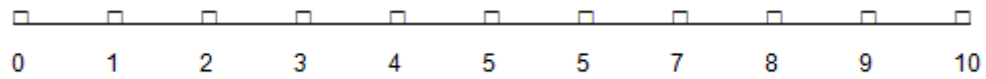


Ningún dolor

El peor dolor

Imaginable

21. En general, durante el parto, ¿sentiste que tenías control?

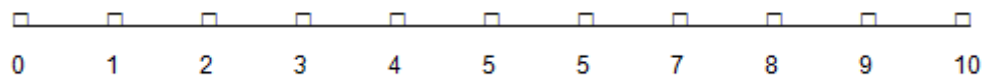


Nada de control

El máximo control

Posible

22. En general, durante el parto, ¿te sentiste segura?



No me sentí nada

Me sentí segura

segura

del todo

Qüestionari CEQ-E (Soriano-Vidal et al. 2016)©

ANNEX IV: CONSENTIMENT INFORMAT CATALÀ

Nom i cognoms de la participant:

M'han demanat la participació a l'estudi "**Satisfacció de les dones durant el procés de part**". Contestaré a les preguntes del questionari a partir del qual es pretén recollir la informació per poder realitzar aquesta investigació.

He llegit la informació corresponent a l'estudi mitjançant el full informatiu i he entès les indicacions que els investigadors de l'estudi m'han aportat referent als objectius del treball, en què consisteix la meua contribució en la investigació i he contestat satisfactòriament l'enquesta que se m'ha entregat. Els investigadors han respòs a tots els dubtes que he plantejat de manera satisfactòria. Per tot això dono voluntàriament el meu consentiment per participar en el investigació.

He rebut suficient informació sobre l'estudi i he parlat amb l'investigador/a:

Per altra banda entenc que puc abandonar l'estudi:

- Quan ho desitgi.
- Sense haver de donar cap explicació.
- Sense que hi hagi cap penalització a canvi.
- Amb la seguretat que les dades recollides referents a la meua persona seran destruïdes.

Declaro que he llegit i conec el contingut d'aquest document, comprenc els compromisos que assumeixo i els accepto. Per això signo aquest consentiment informat de forma voluntària per manifestar el meu desig de participar en aquest estudi d'investigació fins que decideixi el contrari. Amb la signatura d'aquest document no renuncio a cap dels meus drets.

Signatura de la participant:

Lloc i data:

ANNEX V: CONSENTIMENT INFORMAT CASTELLÀ

Nombre y apellidos de la participante:

Me han solicitado la participación al estudio "Satisfacción de las mujeres en el trabajo de parto". Contestaré a las preguntas del cuestionario con el que se pretende obtener información para realizar esta investigación.

Declaro que he leído la información del estudio mediante la hoja informativa y he entendido las indicaciones que los investigadores del estudio referente a los objetivos de este y en que consiste mi contribución en la investigación. He contestado satisfactoriamente la encuesta que se me ha entregado. Los investigadores han respondido a todas las dudas que les he planteado de manera satisfactoria. Por este motivo doy voluntariamente mi consentimiento para participar en la investigación.

He recibido suficiente información sobre el estudio y he sido informado por el investigador/a:.....

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin dar ninguna explicación.
- Sin ninguna penalización a cambio.
- Con la seguridad de que los datos recogidos referentes a mi persona serán destruidos.

Declaro que he leído y conozco el contenido de este documento, comprendo los compromisos que asumo y acepto. Por esto firmo el consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en éste estudio de investigación hasta que no diga lo contrario. Con la signatura de éste documento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Signatura de la participante:

Lugar y fecha:

ANNEX VI: CARTA INFORMATIVA DE PARTICIPACIÓ A L'ESTUDI (CATALÀ)

Títol de l'estudi: **“SATISFACCIÓ DE LES DONES EN EL PROCÉS DE PART”**

L'objectiu del present estudi és conèixer la satisfacció de les dones durant el seu procés de part. Per fer-ho serà necessari complimentar un qüestionari anomenat *Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ), traduït a l'espanyol. El CEQ consta de 22 ítems amb pregunta tancada i agrupats en 4 dominis: capacitat personal (8 ítems que exploren la sensació de control, sentiments personals durant el part i la sensació de dolor de part), suport professional (5 ítems sobre la informació rebuda i els cuidados rebuts per part de la llevadora), la percepció de seguretat (6 ítems relacionats amb la sensació de seguretat i memòries del part) i la participació (3 ítems que exploren les possibilitats personals que influeixen en la posició adoptada, els moviments i l'analgèsia durant el part).

Les dades recollides mitjançant el qüestionari de l'estudi seran introduïdes a una base de dades en format electrònic, i posteriorment es procedirà a una anàlisi de dades estadístic per poder interpretar resultats, identificar diferències i recollir possibles propostes de millora. El procediment de recollida de dades es realitzarà de manera anònima, usant un codi de participació no relacionat amb dades personals de les participants. El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de les participants a l'estudi es mantindran segons estableix la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Segons la legislació esmentada vostè pot exercir el dret d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de les dades personals recollides a l'estudi. Per fer ús de qualsevol dels drets només cal dirigir-se a l'investigador principal de l'estudi. No es preveu la transferència internacional de les dades recollides. Les dades derivades de l'estudi poden ser publicades a revistes científiques o bé exposades a reunions científiques, sempre preservant l'anonimat dels participants.

La participació a l'estudi serà voluntària i condicionada a la signatura d'un consentiment informat. Es convidarà a participar a totes les dones que compleixin els criteris d'inclusió, se'ls facilitarà informació referent als objectius i metodologia de l'estudi i es deixarà un temps de reflexió després de la invitació. La signatura del consentiment informat mantindrà el principi d'autonomia de les participants. S'informarà degudament a totes les participants del seu dret a retirar-se de l'estudi en qualsevol moment sense conseqüències per a elles i a la vegada que es garantirà la destrucció de les dades recollides fins al moment.

Es precisen aproximadament uns 10 minuts per complimentar el qüestionari CEQ.

No dubti en preguntar qualsevol dubte al respecte . Gràcies per la seva participació.

Sra. Marta Roqueta Vall-Ilosera

Doctoranda de la Universitat de Girona i Investigadora Principal

Llevadora Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Institut Català de la Salut

E-mail: marta.roqueta@udg.edu

ANNEX VII: CARTA INFORMATIVA DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO (CASTELLÀ)

Título del estudio: **“SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EN EL TRABAJO DE PARTO”**

El objetivo del presente es conocer las percepciones de las mujeres durante su proceso de parto. Con esta finalidad será necesario complimentar el cuestionario *Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ) traducido a la lengua española. El cuestionario consta de 22 ítems con preguntas cerradas y agrupado en 4 dominios: capacidad personal (8 ítems que exploran la sensación de control, sentimientos personales durante el parto y la sensación de dolor de parto), soporte profesional (5 ítems sobre la información y los cuidados recibidos por parte de la matrona), la percepción de seguridad (6 ítems relacionaos con la sensación de seguridad y las memorias del parto) y la participación (3 ítems que exploran las posibilidades personales que pueden influenciar en la posición adoptada, los movimientos y la analgèsia durante el parto).

Los datos recogidos mediante el cuestionario del estudio serán introducidos en una base de datos en formato electrònic, y posteriormente se procederá a un anàlisis de datos estadístico para poder interpretar los resultats, identificar diferencias y recoger posibles propuestas de mejora. El procedimiento de recojida de datos se realizará de manera anònima, usando un código de participación no relacionado con los datos personales de las participantes. El trato, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de las participantes del estudi se mantendrán según la “Llei Orgànica 15/1999 del 13 de Desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal”. Según la legislación mencionada usted puede ejercer su derecho al acceso, modificación, oposición i cancelación de sus datos personals recogidos en éste estudio. Para hacer uso de cualquiera de sus derechos sólo tiene que dirigirse al investigador principal del estudio. No esta previsto la transferencia internacional de los datos recogidos. Los datos derivados del estudio pueden ser publicados a revistas científicas o bién presentados a reuniones científicas, siempre preservando el anonimato de los participantes.

La participación en el estudio será voluntaria y condicionada a la signatura de un consentimiento informado. Se invitará a participar a todas las mujeres que cumplan los criterios de inclusión, y se les facilitará información referente a los objetivos y la metodología del estudio, dejando un tiempo de reflexión después de la invitación. La signatura del consentimiento informado mantendrá el principio de autonomía de las participantes. Se informará debidamente a todas las participantes de su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencia alguna para ellas, y su vez garantizando la destrucción de los datos recojidos hasta el momento.

Se precisa aproximadamente unos 10 minutos para complimentar el cuestionario.

No dude en preguntar cualquier duda al respecto.

Gracias por la su colaboración.

Sra. Marta Roqueta Vall-Ilosera

Doctoranda de la Universitat de Girona e Investigadora Principal

Matrona del Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta, Institut Català de la Salut

E-mail: marta.roqueta@udg.edu

ANNEX VIII: RESOLUCIÓ CEIC



Avinguda de França s/n.
17007 Girona
Telèfon 972 940 200
www.gencat.net/ics/trueta

Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, amb domicili a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Avinguda de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 28/03/2017 ha avaluat el projecte: **Satisfacció en les dones durant el procés de part**, prot.v:21/04/17 amb el Sra. MARTA ROQUETA VALL-LLOSERA com a investigador principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedixo aquest certificat.

